LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE

VON

DR. E. BLEULER
O. PROFESSOR DER PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

MIT 49 TEXTABBILDUNGEN



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1916

Vorwort.

Das Buch soll das dem Mediziner für die Praxis notwendige Wissen vermitteln helfen. Es setzt aber zu einem vollen Verständnis den Besuch der psychiatrischen Klinik voraus, die die Darstellung illustriert und vor allem zeigt, was die psychiatrischen Benennungen wirklich meinen. Leider bedeuten diese von Lehrer zu Lehrer nicht das Gleiche, und noch schlimmer ist, daß die dahinter steckenden Begriffe zu einem nicht kleinen Teil auch nicht einheitlich sind und sogar oft der nötigen Klarheit entbehren. Ich habe mich bemüht, mit scharfen Begriffen zu arbeiten, und, wo das noch nicht möglich ist, den Mangel ins Licht zu setzen; unscharfe Begriffe, die für klare gehalten werden, schaden einem wirklichen Verständnis viel mehr als Nichtwissen. Die Rücksicht auf den Umfang des Buches machte es unvermeidlich, die psychologischen Darstellungen gegenüber der unendlichen Mannigfaltigkeit des Gegenstandes etwas zu systematisieren.

Dem Lehrzweck entsprechend habe ich mich nicht gescheut vor manchen Wiederholungen, die die nämliche Sache in verschiedenen Zusammenhängen zeigen. Bloße Verweisungen haben nicht den gleichen Wert. Im übrigen suchte ich kurz zu sein, das Selbstverständliche weglassend wie z. B. die Bedeutung der Anamnese bei gewissen Differenzialdiagnosen.

Volles Verständnis für psychologische und gar für psychiatrische Dinge ist leider noch nicht bei jedem Medizinstudenten vorauszusetzen. Ich habe vorgezogen, in erster Linie auf diejenigen Rücksicht zu nehmen, die verstehen wollen und können. Glatt abgerundete Krankheitsbilder sind ebenso leicht faßbar, wie schwer auf die Wirklichkeit anzuwenden, der sie etwa entsprechen mögen wie Schillers Jungfrau von Orléans der historischen. Das Aufnehmen wirklicher Krankheitsbilder verlangt etwas mehr Arbeit. Ich nehme aber an, ein Lehrbuch sei nicht zum Auswendiglernen da, sondern zum Denken, und eines für Akademiker sogar auch zum Weiterdenken[1]).

Ziemlich viel Wert habe ich auf das psychologische Verständnis gelegt, weil eine Psychiatrie ohne Psychologie eine Krankheitslehre ohne Physiologie ist, aber auch deshalb, weil nur derjenige ein guter Arzt sein kann, der den ganzen Menschen erfaßt; das psychologische Denken

[1]) Ich hoffe auch, daß es dem Praktikus als Nachschlagebuch dienen werde und habe darauf etwas Rücksicht genommen. Was derjenige weglassen mag, der mit seinem psychiatrischen Wissen nur grade noch auskommen möchte, ist in großer Petit gedruckt.

In kleiner Petit werden die Beispiele angeführt.

ist heutzutage dem Mediziner erschwert durch die allgemeine Schulung des Gedankenganges nach anderen Richtungen; ein Gegengewicht ist deshalb zur Notwendigkeit geworden[1]). Übrigens gehört etwas psychologisches Verständnis immer mehr zur allgemeinen Bildung; ich habe auch darauf ein wenig Rücksicht genommen.

Leider muß sich aber heute noch jeder die spezielleren psychologischen Begriffe selber schaffen; die hier benutzten sind aus der Beobachtung herausgewachsen und seit 35 Jahren an der Wirklichkeit gemessen worden. Eine theoretische Färbung derselben war aber unvermeidbar, weil uns die Sprache keine unparteiischen Ausdrücke zur Verfügung stellt. Wer andere psychologische Grundanschauungen hat als der Verfasser, wird Begriffe und Worte, wenn er sie verstanden hat, nicht zu schwer in seine Denkweise übersetzen.

Ähnlich schwankend ist noch die Einteilung der Psychosen. Es scheint mir ein Unrecht gegen die Studierenden, ohne zwingende Gründe hier neue Begriffe zu schaffen oder alte neu abzugrenzen; deshalb habe ich mich möglichst genau an die einmal angenommene Einteilung gehalten, von der aus sich in der Psychiatrie, ebensogut wie in anderen Disziplinen, von einer bekannten Auffassung aus abweichende Ansichten diskutieren lassen. Warum ich gerade KRAEPELINS[2]) Systematik gewählt habe, ist im Abschnitt G kurz ausgeführt.

Im übrigen ist eine Psychopathologie vergleichbar einer Kartenskizze über ein weites reiches Land, das erst von wenigen gangbaren Wegen durchschnitten wird; die weißen Stellen bezeichnen die größten Gebiete.

Zürich-Burghölzli,
im August 1916.

E. Bleuler.

---

[1]) BLEULER, Die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichts. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 701. Barth, Leipzig, 1914.

[2]) KRAEPELIN, Psychiatrie, 8. Aufl. Barth, Leipzig, 1909—1915.

Inhaltsverzeichnis.

A. Psychologische Wegleitung.

Die psychologischen Grundbegriffe.

Die Psyche.

Die menschliche Psyche ist in allen ihren Funktionen so sehr abhängig von der Rinde des Großhirns und nur von dieser, daß der Ausdruck gebraucht wird, sie habe daselbst ihren Sitz[1]). Es gehören aber nicht alle Funktionen der Großhirnrinde dem Komplex an, den wir als psychisch zu bezeichnen gewohnt sind[2]). Wir reden zwar von psychischen Änderungen im Tonus der Vasomotoren, meinen aber damit „psychisch bedingte“ Funktionen.

Die Psyche hat, wie der Reflexmechanismus die Aufgabe, Reize von außen zu empfangen und darauf in einer Weise zu reagieren, die dem Individuum oder dem Genus nützlich ist. Es bestehen aber große Unterschiede zwischen den beiden Reaktionsarten. Die Beeinflussung eines Reflexes durch einen anderen Reiz als den auslösenden (oder die auslösende und richtungbestimmende Reizgruppe) ist qualitativ und quantitativ so beschränkt, daß wir sie gewöhnlich gar nicht in Berechnung ziehen. In der Psyche dagegen ist diese Beeinflussung qualitativ und quantitativ fast unbegrenzt; besonders wichtig ist, daß hier nicht nur aktuelle, sondern namentlich auch frühere Reize („Erfahrungen“, „Erinnerungen“) die Reaktionen ganz wesentlich mitbestimmen, während solche Gedächtniswirkungen bei den Reflexen minim sind. Der Reflex antwortet deshalb auf den gleichen Reiz immer gleich; die Psyche aber besitzt eine unendliche Menge von Reaktionsmöglichkeiten; ihre Reaktionen sind höchst kompliziert und plastisch, d. h. je nach den Umständen bei gleichem Reiz verschieden, die der Reflexe einfach und sehr stabil. Der Unterschied zwischen reflektorischer und psychischer Reaktion ist also graduell ein enormer, prinzipiell aber ist er null — so weit objektive Verhältnisse in Betracht kommen: einen absoluten Unterschied setzt man gewöhnlich in der subjektiven Seite der Vorgänge voraus, ob mit Recht oder nicht, weiß niemand (PFLÜGERs Rückenmarkseele!): die Reflexe gelten als unbewußte Funktionen, die Psychismen können bewußt sein. Ich sage nicht: „Die Psychismen *sind* bewußt“, obschon viele nur das psychisch nennen, was bewußt ist. Wir müssen nämlich auch unbewußte psychische Funktionen annehmen. (Siehe unten.)

---

[1]) Bei vielen Vertebraten sind offenbar nicht alle psychischen Funktionen in die Hirnrinde hinaufgewandert, bei den niederen wohl die wenigsten.

[2]) Die Grenze zwischen Psyche und nichtpsychischen Rindenfunktionen ist im Gegensatz zu dem, was man gewöhnlich voraussetzt, eine ganz flüssige. Sicher wird nur ein kleiner Teil der Rindenfunktionen bewußt. Vergl. Abschnitt „Unbewußtes“.

Das Bewußtsein.

Eine der wichtigeren Eigenschaften psychischer Vorgänge, nach Einigen die charakteristische, ist das Bewußtsein. Wir bezeichnen mit diesem Worte ein undefinierbares Etwas, eine Qualität psychischer Vorgänge. Es ist diejenige, die uns am deutlichsten vom Automaten unterscheidet. Wir können uns eine Maschine denken, die komplizierte Reaktionen ausführt; niemals aber werden wir einem von uns konstruierten Apparate Bewußtsein zuschreiben, d. h. wir können nicht annehmen, daß dieser „wisse", was er tue, daß er die Einwirkungen der Umgebung „empfinde", daß er „Motive" der Reaktion kenne. Den nämlichen Begriff bezeichnet das Wort „bewußt" dann, wenn man fragt, ob jemand bewußt oder unbewußt die Haare zurechtgestrichen habe.

Mißverständlich ist es, wenn man das Bewußtsein einer Form vergleicht, die die bewußten Vorgänge zum Inhalt hat. Nun gibt es allerdings so wenig ein Bewußtsein ohne „Inhalt" wie eine physische Qualität ohne einen Träger; aber bei dieser Auffassung kommt man doch leicht zu der HERBARTschen Vorstellung, das Bewußtsein sei „die Summe aller wirklichen oder gleichzeitig gegenwärtigen Vorstellungen". Mit diesem Bewußtseinsbegriff, der etwa dem der aktuellen Psyche entsprechen würde, können wir in der Psychopathologie nichts anfangen, während wir eine Unterscheidung im obigen Sinne zwischen bewußten und unbewußten (psychischen) Vorgängen nicht entbehren können.

WUNDT versteht unter dem Bewußtsein den „Zusammenhang der psychischen Gebilde". Dieser Begriff wird auch sonst benutzt in den Vorstellungen von den „Störungen des Bewußtseins", bei denen es sich bloß um eine Störung des Zusammenhanges der Psychismen handelt. Das Bewußtsein in unserem Sinne kann nicht wohl gestört sein; es kann nur da sein oder fehlen. Dagegen sind Umfang und Helligkeit des Bewußtseins relative Begriffe. Der Umfang entspricht der Zahl der (aktuell oder möglicherweise) gleichzeitig bewußten Vorstellungen, die Helligkeit ist abhängig von der Vollständigkeit der einen bewußten Begriff oder eine Idee bildenden Teilvorstellungen und von dem Grade des Ausschlusses der nicht dazugehörigen Vorstellungen.

Um den Psychismus selber, nicht um eine bloße Qualität oder Form handelt es sich bei Ausdrücken wie „Zeit- und Ortbewußtsein", die wir besser ersetzen durch „Orientierung in Zeit und Raum". Ebenso unpassend ist der Ausdruck „doppeltes Bewußtsein" für „doppelte Persönlichkeit" (siehe Störungen der Persönlichkeit, Seite 97).

Man ist ferner geneigt, Bewußtsein in unserem Sinne anzunehmen, wenn man zweckmäßige Handlungen sieht. Das ist nicht richtig: schon die Reflexe sind zweckmäßig, und zweckmäßige Wahlhandlungen kann sogar ein Automat vollführen (automatische Wagen in den Münzen). Ferner hat man oft als Kriterium des vorhandenen Bewußtseins während eines bestimmten Erlebnisses die nachträgliche Erinnerungsfähigkeit angesehen und davon gesprochen, daß eine Handlung im Dämmerzustand „ohne Bewußtsein" ausgeführt worden sei. Auch das ist falsch.

Man darf auch nicht „bewußt" und „gewollt" identifizieren. Beim Ankleiden handeln wir gewöhnlich gewollt, aber nicht bewußt, bei Zwangshandlungen bewußt, aber ungewollt, resp. gegen den Willen; keines von beiden ist der Fall bei automatischen Handlungen wie sich kratzen, mimischen Bewegungen u. dergl. und bei krankhaften Automatismen.

Über „Selbstbewußtsein" siehe am Ende des Abschnittes über die Persönlichkeit (Seite 35).

Erkenntnistheoretisches.

Das Bewußtsein soll das psychische Geschehen von dem physischen unterscheiden. Man hat zwei prinzipiell verschiedene Reihen von Erfahrungen angenommen: Die einen beziehen sich auf das „Innere", das „bloß in der Zeit Ablaufende", das Bewußte, d. h. das Psychische, die andern auf die Außenwelt, das Ausgedehnte, das Physische.

Die Zusammenhänge der beiden Erfahrungsformen werden verschieden gedacht. Dem naiven Empfinden entspricht am besten der Dualismus, der einen vom Körper unabhängigen Träger des Bewußtseins annimmt: Man sieht, wie im Tode der Körper bleibt, Äußerungen des Psychischen aber mit denen des Lebens verschwinden. Die „Seele", die hier in den älteren Vorstellungen nicht nur die Psyche repräsentiert, sondern mit dem Begriff des Lebens verdichtet ist, hat sich vom Körper getrennt. Daß sie nicht einfach sich in nichts aufgelöst hat, beweist die Erfahrung, daß sie in Träumen und in Wachhalluzinationen und Illusionen der Überlebenden wieder erscheint, und daß auch die eigene Seele des Beobachters sich vom Körper lösen kann, beweisen ihre Traumerfahrungen, während derer sie unbekümmert um Raum und Zeit Dinge wahrnimmt, die weit von dem unbewegt daliegenden Körper entfernt sind.

Der Dualismus bildet einen wesentlichen Bestandteil der Religionen. Dennoch ist er seit Jahrtausenden angefochten worden und wird er zur Zeit von den meisten Wissenschaftern verworfen. Die wichtigsten Teile seines Fundamentes, die Traumerfahrungen und die Geistererscheinungen haben sich als trügerisch erwiesen, und vor allem hat sich gezeigt, daß die psychischen Funktionen des Menschen in allen Beziehungen von der Hirnrinde abhängig sind. Anderseits ist es, wenn man auch nicht immer daran denkt, selbstverständlich, daß die physische Welt in Wirklichkeit gar nicht so sein kann, wie wir sie wahrnehmen und uns vorstellen, und es fehlt uns schließlich jeder sichere Beweis, daß sie überhaupt existiert.

So hat man sich monistische Anschauungen von dem Zusammenhang der beiden Reihen gebildet. Sie lassen sich etwa in drei Kategorien teilen:

Die erste, deren vorzüglichster Repräsentant SPINOZA ist, nimmt eine „Substanz" an, deren zwei Eigenschaften die Ausdehnung (physische Reihe) und das Denken, die Vorstellung (psychische Reihe) bilden. Diese Theorie hat aber einen erkenntnistheoretischen Fehler. Substanz, physikalische Eigenschaften und psychische Eigenschaften (in modernerer Fassung Materie und Kraft und Bewußtsein) dürfen nicht in dieser Weise nebeneinander gestellt werden. Direkt empfunden werden ja nur die bewußten (psychischen) Vorgänge. Aus einem Teil derselben schließen wir (mit einiger Wahrscheinlichkeit) auf äußere Einwirkungen, die wir Kräfte nennen. Aus der Gruppierung von Kräften konstruieren wir die Vorstellung der Materie, der in Wirklichkeit gar nichts zu entsprechen braucht. — Die Theorie hat aber noch eine Schwierigkeit: Sie muß sich alles als bewußt vorstellen, während wir Bewußtsein nur bei uns ähnlichen Wesen beobachten und uns ein elementares Bewußtsein ohne Inhalt, der ja an ein nervöses Zentrum geknüpft ist, nicht vorstellen können. Allerdings sehen wir nirgends eine Grenze, wo in der „Entwicklung" das Bewußtsein auftreten soll (beim Menschen? bei der Amöbe? beim Atom? vergl. auch die LOEBschen Tropismen). Und die Allbeseelung wird gerade deshalb gerne angenommen, weil man sich nicht vorstellen könne, daß etwas „prinzipiell Neues" auf einmal in der Entwicklung auftrete. Es fehlt aber jeder Anhaltspunkt zu der Annahme, daß Psychisches und Physisches so sehr verschieden seien. Wir wissen weder, was die psychischen, noch was die physischen Vorgänge sind, also auch nichts über ihre Verwandtschaft oder Verschiedenheit. Für das fühlende Wesen allerdings ist das Bewußtsein etwas ganz Besonderes, das einzig Wichtige. Ob die Welt existiert, ist für uns ganz gleichgültig; von Bedeutung ist einzig und allein, ob das, was bewußt ist, unser Ich, leidet oder glücklich ist.

Die zweite Form des Monismus geht davon aus, daß die Beweise für die Existenz einer Außenwelt alle Fehlschlüsse sind, und daß folglich die physische Welt nur in unserer Vorstellung oder „insofern wir sie vorstellen" („esse = percipi") existiere (Idealismus). Wenn sich auch diese Anschauung logisch konsequent durchführen läßt, so kann sie sich doch keine allgemeinere Billigung erwerben. Zunächst ist es eben unrichtig, die Außenwelt zu leugnen bloß deswegen, weil ihre Existenz nicht zu beweisen ist. Dann ist man doch immer gezwungen, sich so zu benehmen, wie wenn sie existierte. Der erkenntnistheoretische Idealist hat keinen Grund mehr, seine Lehren zu verbreiten, wenn die Schüler nur Geschöpfe seiner eigenen Vorstellung sind. Wenn es noch so sicher wäre, daß ein Stein am Wege nur in meiner Vorstellung existierte, so müßte ich ihm doch ausweichen, wenn ich Unangenehmes vermeiden wollte; wenn ich das Hungergefühl loshaben möchte, bleibt mir nichts übrig als zu essen, haben die Nahrungsmittel Realität oder nicht. Der Idealismus führt also praktisch zu einer Unmöglichkeit. Theoretisch aber führt er zu einer Konsequenz, die niemand gern annimmt, zum Solipsismus.

Denn zur Außenwelt gehören für jedes Wesen seine Mitgeschöpfe. Existiert die Außenwelt nur in meiner Vorstellung, so gibt es auch keine andern Wesen außer mir; *ich* bin nicht nur die ganze Welt, sondern auch der einzige Mensch. Diese Konsequenz ist unabweislich. Wenn man versuchte, sich vor dem Solipsismus durch die Annahme eines absoluten Ich zu retten, so ist das ein Sophismus. Wenn ein absolutes Ich sich auch die Welt vorstellen würde, so wäre das nicht *meine* Welt, die Welt, die *ich* mir vorstelle; nicht zu reden davon, daß man sich ein solches absolutes Ich nicht vorstellen kann, und daß die Annahme überhaupt ganz in der Luft steht.

Viel verbreiteter als der idealistische ist der materialistische Monismus, der erkenntnistheoretische Materialismus. Er geht davon aus, daß wir psychische Funktionen immer nur an Materie, im Speziellen an Nervenzentren, gebunden sehen, daß sie sich mit dieser Materie verändern, ja, daß die Gesetze der zentralnervösen Vorgänge, so weit sie in Betracht kommen, auch die psychischen Gesetze sind. Daraus folgert er, daß die Psyche eine Funktion des Gehirns sei. Die Anschauung ist die einzige, die zur Zeit theoretisch und praktisch widerspruchslos durchzuführen ist. Bewußt oder unbewußt rechnet die moderne Wissenschaft, speziell die Psychiatrie, fast nur mit dieser Vorstellung, und zwar auch dann, wenn theoretisch eine andere Annahme vorgeschoben wird. Zu beweisen ist natürlich auch sie nicht; aber die Hypothese, daß die psychischen Funktionen Hirnfunktionen sind, ist besser fundiert als die meisten in den Wissenschaften als selbstverständlich angenommenen Voraussetzungen. Nötig ist sie aber als Grundlage irgendwelcher Geisteswissenschaft, inkl. die Psychiatrie, durchaus nicht, soweit es sich nicht darum handelt, die psychischen Funktionen im Zusammenhang mit dem Gehirn zu studieren. Sie wird denn auch mit großem Eifer angefochten. Zunächst aus religiösen Gründen. Das Christentum denkt durchweg dualistisch, vielleicht abgesehen von der ersten Zeit. Der wesentliche Gehalt der christlichen Lehre würde sich aber mit dem Materialismus logisch ebenso gut vertragen wie mit dem Dualismus (Schwierigkeiten würde aber gerade der mehr gerühmte Idealismus finden). Unser Glaubensbekenntnis enthält die Lehre von der Auferstehung des Leibes; ist der Materialismus zu Recht bestehend, so muß am jüngsten Tage mit der Rekonstruktion des Leibes auch eo ipso die Seele auferstehen. Schwierigkeiten entstehen nur gegenüber sekundären Lehren, wie der vom Fegfeuer und der Existenz der körperlosen Seelen u. dergl. Außerdem wird teils aus Unklarheit des Denkens, teils aus Ranküne, der erkenntnistheoretische Materialismus gewöhnlich mit dem ethischen Materialismus identifiziert, der ohne Rücksicht auf Moral und Nebenmenschen in egoistischer Weise nur nach „materiellen" Gütern strebt, unter denen man sich Geld und Ansehen und gut Essen und Trinken und Weiber vorstellt. Der erkenntnistheoretische Materialismus hat aber mit solchen Vorstellungen nichts gemein als die Bezeichnung. Bei jeder erkenntnistheoretischen Anschauung kann man gut oder böse sein. Es läßt sich aber auf der materialistischen Anschauung streng logisch eine (utilitaristische) Ethik deduzieren, die mindestens ebenbürtig ist einer Ethik, die sich den Anschein gibt, aus Offenbarungen oder dem kategorischen Imperativ oder sonstigen unfaßbaren ewigen Gesetzen zu entspringen, und dabei von jedem nach seiner Fasson gemodelt werden kann.

Viele moderne Wissenschafter glauben, sich an den psycho-physischen Parallelismus zu halten. Dieser geht von der Vorstellung aus, daß die beiden Reihen prinzipiell so heterogen seien, daß sie nicht aufeinander wirken können. Um den Zusammenhang dennoch zu erklären, nahm Geulincx an, daß, wenn eine Psyche eine körperliche Bewegung bewirken wolle, die Bewegung jedesmal durch ein Eingreifen der göttlichen Kraft ausgeführt werde, und daß jedesmal, wenn ein Reiz die Sinnesorgane treffe, der Psyche die entsprechende Empfindung gemacht werde (Occasionalismus). Leibniz ließ bekanntlich den Ablauf der beiden Reihen (die durch seine Monadenlehre kompliziert wurden) durch die prästabilierte Harmonie von Anbeginn der Schöpfung an so gerichtet sein, daß sie wie zwei ideal gehende Uhren ganz gleichmäßig ablaufen, so daß einem jeden Willensakt die äquivalente Bewegung, einer jeden Einwirkung auf die Sinne die äquivalente Empfindung entspreche. Die Theorie des psychophysischen Parallelismus enthält aber einen groben Schnitzer: Wenn die physische Reihe nicht auf die psychische wirken kann, so kann sie unserer Psyche weder ihre Existenz noch ihre Beschaffenheit anzeigen. Es ist dann eine ganz müßige Annahme, daß eine Außenwelt existiere, und jedenfalls existiert die nicht, die wir wahrzunehmen

glauben, denn eine Wahrnehmung gibt es dann nicht, sondern nur ein Halluzinieren.

Innerhalb monistischer Auffassungen (SPINOZA) hätte die Vorstellung des Parallelismus allenfalls noch einen Sinn, indem eben die bewußte Seite der Substanz Kennntnis hat von der physischen Seite, die eigentlich mit ihr substantiell identisch ist.

Viele fassen den psychophysischen Parallelismus einfach als die Konstatierung unseres Nichtwissens über den in seiner Existenz nicht zu leugnenden Zusammenhang zwischen Psyche und Physis auf, manchmal, besonders in der experimentellen Psychologie, mit dem Nebengedanken, daß zu prüfen sei, was für Vorgänge in beiden Reihen einander entsprechen. Auch das ist eine mögliche Vorstellung; der Name trägt aber zur Konfusion bei. — Noch weiter von der ursprünglichen Idee entfernen sich, ohne sich darüber klar zu sein, einige Kliniker, die z. B. die Hysterie als eine Störung im psychophysischen Parallelismus auffassen, weil die (psychische) Reaktion auf die Erlebnisse zu stark oder zu schwach wird. Hier sind natürlich die physischen „Parallelvorgänge" im Gehirn doch den psychischen Erscheinungen entsprechend. Der Ausdruck ist also hier im höchsten Grade mißbräuchlich.

Eine merkwürdige Auffassung vom psychophysischen Parallelismus hat WUNDT, der nicht nur die psychische Reihe, wie es viele tun, auf die Gehirnfunktionen beschränkt, sondern auch die psychische über die physische hinausgehen läßt, indem er annimmt, daß gewisse synthetische Leistungen unseres Geistes ohne Parallelvorgang im Gehirn ablaufen. Das ist eine Inkonsequenz, die sich nicht nur nicht begründen läßt, sondern gegen die unter anderem auch die Tatsache spricht, daß wir im Physischen analoge Synthesen haben: Manche Reflexvorgänge sind Folgen einer ganzen Gruppe von Reizen, die nur als Einheit wirkt. Ebenso sind die Leistungen einer komplizierten Maschine nicht gleich der einfachen Summe der Wirkung der einzelnen Bestandteile — wenn man wenigstens unter Summe und unter Bestandteilen das Nämliche versteht wie bei den WUNDTschen Synthesen.

Im Streit zwischen Idealismus und Materialismus drückt sich eine Unsicherheit über den Wirklichkeitswert der beiden Reihen aus. Wenn man aber nur zu Ende denkt, so läßt sich die Frage sehr leicht entscheiden. Absolute Wirklichkeit haben für jede Psyche ihre eigenen psychischen Vorgänge (nicht die „Inhalte" derselben, also das Wahrnehmen des Lichtes oder der Rose, nicht aber das Licht, die Rose). Wenn ich einen Schmerz empfinde, so empfinde ich den Schmerz; das ist so sicher, daß es sich nicht anders als durch eine Tautologie ausdrücken läßt. Da es auch halluzinierte Schmerzen gibt, so braucht diesem Schmerz kein Vorgang an der schmerzenden Körperstelle zu entsprechen. Wenn mir aber ein Skeptiker nicht glauben will, daß ich Schmerz empfinde, so kann ich es ihm nicht beweisen. Die psychische Reihe hat also absolute Realität, aber nur für die betreffende Psyche; diese Realität ist folglich eine subjektive. Für die Existenz der Außenwelt aber gibt es keine Beweise. Daß der gesehene Tisch existiert, ist nur eine Annahme, wenn auch eine praktisch notwendige. Setze ich aber einmal die Existenz des Tisches und diejenige anderer Menschen und der Außenwelt überhaupt voraus, so läßt sich der Tisch diesen andern Menschen zeigen; sie können ihn, wie ich, mit ihren Sinnen wahrnehmen. Die Realität der physischen Welt ist also eine unsichere, relative, aber dafür eine objektiv demonstrierbare.

Das Unbewußte.

Wir vollführen viele kleinere Handlungen (Haare zurechtstreichen, einen Knopf aufmachen, ein Tierchen abschütteln) ohne es zu wissen. Das sind zum großen Teil keine Reflexe, keine subkortikalen Akte, sondern Handlungen, die von der Hirnrinde ausgeführt werden und überhaupt den bewußten Funktionen analog sind; sie setzen ja auch Erinnerungen voraus. „Automatische" Handlungen in hypnotischen Experimenten und in krankhaften Zuständen können in Denken und Motilität so kompliziert sein, wie nur irgend ein bewußter Akt: Die Hand kann schreiben, der Mund sprechen, ohne daß die Person das mindeste

Gefühl hat, daß die Handlungen aus der eigenen Psyche stammen. Bei experimentellem Assoziieren geht der Gedankengang oft über Vorstellungen, die nicht bewußt sind: Man antwortet auf „Tinte“ — „Wüste“, ohne daß der die Brücke bildende Begriff „Sand“ irgendwie aufgetaucht wäre; überhaupt sind uns die Konstellationen, die das Denken leiten, nur zum kleinen Teile bewußt, wie genauere Analyse zeigt: wir versprechen uns oft im Sinne konkomittierender, aber vollständig unbewußter Vorstellungen. Von allem, was unsere Sinne aufnehmen, kommt nur ein kleiner Teil zum Bewußtsein; das Übrige ist aber doch für die Psyche nicht verloren: Wir richten uns z. B. im Gehen beständig nach Wahrnehmungen, die nicht bewußt werden. Manche Wahrnehmungen tauchen erst nachträglich im Bewußtsein auf, so, wenn man während einer eifrigen Arbeit das Schlagen der Uhr überhört, das mit dem Nachlassen der Aufmerksamkeit so genau erinnert wird, daß man noch die Schläge (bis etwa auf fünf) zählen kann; anderes wird im Traum, in der Hypnose bewußt. Man zieht unbewußt eine Menge komplizierter Schlüsse (zum Teil beruht die sogenannte Intuition darauf), man glaubt, mit Bestimmtheit eine Person als einen Bekannten zu erkennen, wundert sich aber, daß man ihm nicht diejenigen Gefühle entgegenbringt, die er sonst in uns erregt, um bald darauf zu konstatieren, daß man gar nicht die erwartete Person vor sich hat. Neben der bewußten irrtümlichen Identifizierung bestand also noch eine unbewußte richtige. Man steckt automatisch in die vielen verschiedenen Schlösser einer Anstalt den Schlüssel in der zu jedem passenden Weise ein; sobald man das mit Bewußtsein tun will, gelingt es nur schwer. Man sieht oft beim Gesunden, alltäglich aber unter pathologischen Verhältnissen, Zeichen eines subjektiv ganz latenten Affektes; und wenn man sich selber und seine Nebenmenschen genau beobachtet, so findet man oft, daß gerade in wichtigen Entscheidungen die ausschlaggebenden Momente unbewußt sind. Wir können auch experimentell durch posthypnotische Suggestionen Handlungen provozieren, deren Motive dem Handelnden verborgen bleiben. Hysterische können auf Wahrnehmungen antworten, die ihnen nicht zum Bewußtsein kommen.

A l l e s, w a s i n u n s e r e m B e w u ß t s e i n v o r k o m m t, k a n n a l s o a u c h u n b e w u ß t a b l a u f e n. I n d i e s e m S i n n e g i b t e s u n b e w u ß t e p s y c h i s c h e V o r g ä n g e. D i e p s y c h i s c h e D e t e r m i n a t i o n i s t f e r n e r n u r d a n n e i n e v o l l s t ä n d i g e, w e n n d i e s e u n b e w u ß t e n V o r g ä n g e i n d i e K a u s a l k e t t e m i t e i n g e s c h l o s s e n w e r d e n. Es ist für die Wissenschaft notwendig, dieselben zu den psychischen zu rechnen, nicht nur, weil sie in allem, abgesehen von dem Mangel der bewußten Qualität, den bewußten gleich kommen, sondern vor allem deshalb, weil die Psychologie und namentlich die Psychopathologie nur dann eine erklärende Wissenschaft sein kann, wenn man so wichtige Ursachen der Phänomene mitberücksichtigt.

Man faßt auch die unbewußten Funktionen als „d a s U n b e w u ß t e“ zusammen. Es handelt sich aber nicht um eine bestimmte abgegrenzte Klasse von Funktionen, sondern das wirkliche Verhältnis ist das, daß (potentia) jede beliebige Funktion sowohl bewußt als auch unbewußt ablaufen kann. Es gibt auch keine besonderen Gesetze für das unbewußte Denken, sondern nur relative Unterschiede der Häufigkeit der verschiedenen Assoziationsformen.

Manche (so FREUD, MORTON PRINCE) zählen zu den unbewußten Funktionen auch die „latenten Gedächtnisbilder" („Engramme"; siehe Gedächtnis). Diese sind aber etwas prinzipiell Verschiedenes von dem, was wir hier beschrieben haben. Latente Gedächtnisbilder sind, so weit es hier in Betracht kommt, Dispositionen ohne aktuelle Funktion; unsere unbewußten Psychismen aber sind aktuelle Funktionen genau so gut, wie die bewußten. Wir bezeichnen deswegen auch z. B. die Aktion einer Maschine nicht als unbewußt, obschon sie kein Bewußtsein hat.

Eine Vorstellung von dem Verhältnis zwischen bewußt und unbewußt kann man sich am besten machen, wenn man annimmt, daß eine Funktion dann bewußt werde, wenn sie direkt mit dem Ichkomplex assoziativ verbunden wird; ist sie es nicht, so läuft sie unbewußt ab. Die Annahme entspricht zwanglos allem Beobachteten. Sie wird auch der Tatsache gerecht, daß es alle Übergänge vom Bewußten durch Halbbewußtes zum Unbewußten gibt: je mehr assoziative Verbindungen in einem gegebenen Momente zwischen dem Ich und dem Psychismus (Vorstellung, Gedanke, Handlung) existieren, um so klarer ist die letztere.

Was wir hier „unbewußt" nennen, wird von manchen als „unterbewußt" bezeichnet.

Die einzelnen psychischen Funktionen.

Auf einem Spaziergang ruhe ich mich aus; da sehe ich einen Brunnen, gehe hin und trinke Wasser. Was ist in meiner Psyche vorgegangen?

Die Lichtstrahlen, die meine Retina treffen, bewirken Empfindungen, d. h. ich sehe bestimmte Farben und Helligkeiten in bestimmter räumlicher Anordnung. Einzelne Gruppen derselben habe ich früher schon in entsprechender Zusammenstellung gesehen; sie bekommen als zusammengehörige Einheiten höherer Ordnung eine gewisse Selbständigkeit und werden als Objekte (Bäume, Häuser, Brunnen) herausgehoben, und aus früheren Erfahrungen weiß ich, daß in dem Brunnen das fließt, was ich Wasser nenne, und was mir den Durst löschen kann. Es ist also in mir der „Begriff" des Brunnens mit allem Wesentlichen, was dazu gehört, erweckt worden, während die momentane Erfahrung mir nichts als eine Anzahl Farbenflecke gegeben hat. Diese Erweckung ähnlicher früherer Empfindungskomplexe durch die neue Empfindung ist die Wahrnehmung. Ich empfinde also bestimmte Lichtanordnungen, aber ich nehme wahr bestimmte Objekte, ich empfinde Töne, aber ich nehme wahr eine Rede oder das Rauschen des Brunnens, ich empfinde einen Geruch, aber ich nehme wahr den Veilchenduft.

Da ich Durst habe, besteht in mir der „Trieb", aus dem Brunnen zu trinken. Der Durst und der Trieb sind offenbar auch die Ursache davon, daß sich mir gerade der Brunnen aus der Menge der dem Auge gebotenen Objekte herausgehoben hat. Ich habe aber nicht nur den Trieb zu trinken, sondern ich möchte auch noch ein wenig ausruhen; ich stelle mir vor, das Wasser könnte infiziert sein, ich bekomme besseres Getränk in dem nächsten Wirtshaus u. dergl. Dem steht entgegen, daß ich nicht weiß, wie lange ich bis dahin zu gehen habe; das Quellgebiet des Brunnens sieht unverdächtig aus. Der Trieb, den Durst zu löschen, wird also der mächtigere: ich entschließe mich, hier zu trinken, es aber erst auszuführen, wenn ich ausgeruht habe und weitergehen will. Die verschiedenen Triebe mit den sie begleitenden Vorstellungen haben ein Gedankenspiel, eine Überlegung bewirkt, die schließlich in eine Resultante auslief, den Entschluß, der seinerseits zu geeigneter Zeit zur Handlung führte.

Wir haben hier wie bei andern nervösen Funktionen eine zentripetale[1]) Aufnahme von Reizen oder von Material, das wir in die Empfindungen und die Wahrnehmungen zerlegen, dann eine Verarbeitung und eine teilweise Umsetzung des Materials in zentrifugale Funktionen (Entschlüsse, Handlungen). Die Verarbeitung geschieht wohl zum geringsten Teil, wenn überhaupt, in der Weise, daß das ankommende Psychokym[2]) durch vorgebildete Mechanismen in zentrifugale Bahnen geleitet würde, wie man es (wohl nicht ganz mit Recht) bei den Reflexen annimmt, sondern so, daß daselbst neue Prozesse „ausgelöst" werden. Die Wahrnehmungen erwecken Vorstellungen, die sich untereinander nach bestimmten Normen verbinden (Denken), und erst die Resultante dieser Vorgänge als Ganzes bestimmt die zentrifugale Aktion.

Neben diesen Vorgängen, den intellektuellen, haben wir noch Wirkungen zweier Funktionen beobachtet, die als Qualitäten allen psychischen Funktionen eigentümlich sind, oder nach anderer Auffassung sie stets begleiten: das Gedächtnis und die Affektivität. Wir haben bei der Wahrnehmung Residuen früherer Erlebnisse bemerkt, die diese inhaltlich und in ihren Zusammenhängen irgendwie wieder reproduzieren, und wirklich hinterläßt alles, was psychisch ist, bleibende Spuren („Engramme"[3]), die sich nachher in Form von Erinnerungen, Übungswirkungen u. dergl. offenbaren, indem sie wieder belebt („ekphoriert"[3])) werden und entweder das nämliche Erlebnis wiederholen (eingeübte Bewegung, Halluzination) oder es in einer bloß ähnlichen Art darstellen (Vorstellung nach Wahrnehmung).

Der Anblick des Brunnens erweckte angenehme Gefühle, das Löschen des Durstes ebenso; die Vorstellung der Infektionsmöglichkeit unangenehme. So ist jeder psychische Akt „von einem Gefühlston begleitet", der zugleich bei den Entschlüssen den Ausschlag gibt (Affektivität).

Wir haben ferner gesehen, daß irgendein psychischer Vorgang Erinnerungsbilder früherer Erlebnisse erweckt, daß diese durch Zusammenvorkommen so verbunden werden, daß sie auch wieder zusammen und als ein Ganzes, als eine Einheit, ekphoriert werden, daß verschiedene Ideen, Gefühle und Strebungen einander beeinflussen, sich hemmen oder fördern und schließlich zu einer Resultante zusammenfließen. Diese verschiedenen Arten von Verbindungen einzelner Psychismen untereinander nennen wir Assoziation.

a) Die zentripetalen Funktionen.

Die Empfindungen.

Die Empfindungen sind das elementarste psychische Geschehen, das wir beobachten können, und doch sind sie schon recht kompliziert: Jede Lichtempfindung schließt Qualität ein und zwar in zwei Rich-

---

[1]) Ich rede nicht von „psychopetalen" Funktionen, weil zwar eine „Richtung" gegeben ist, aber doch sowohl die ein- wie die ausgehenden Funktionen, so weit sie in der Psychologie in Betracht kommen, innerhalb der Psyche verlaufen. Man tut indessen gut, sich hier unter „Zentrum" und „Richtung" nur Symbole, aber möglichst wenig eigentlich Räumliches vorzustellen, während allerdings die Wege zwischen Sinnesorgan und Gehirn und zwischen Gehirn und Muskel räumlich vorgestellt werden müssen.

[2]) „Psychokym" bezeichnet psychologische Vorgänge in physiologischer Auffassung.

[3]) Nomenklatur nach Semon.

tungen: Qualität gegenüber Empfindungen anderer Sinne (Licht, nicht Schall) und Qualität innerhalb des nämlichen Sinnesgebietes (Farbe), ferner Quantität (Helligkeit), Sättigung (Mischung der Farbe mit Weiß), dann Lokalzeichen in Richtung, Größe und Gestalt. Analog bei den Empfindungen der anderen Sinne.

Die Wahrnehmungen.

Die Wahrnehmungen entstehen dadurch, daß die Empfindungen resp. Empfindungsgruppen Erinnerungsbilder früherer Empfindungsgruppen in uns ekphorieren, so daß ein Komplex von Empfindungserinnerungen in uns auftaucht, dessen Elemente durch das Zusammenvorkommen in früheren Erfahrungen einen besonders festen Zusammenhang und eine Abgrenzung von anderen Empfindungsgruppen erhalten haben. In der Wahrnehmung stecken also die drei Vorgänge der Empfindung, der Erinnerung und der Assoziation, letzterer sowohl in dem Sinne, daß die Empfindung (von bestimmten Farbenflecken oder des sprudelnden Geräusches) einen Begriff (des Brunnens) ekphoriert, als auch in dem, daß die einzelnen Empfindungsengramme, die in dem Begriff des Brunnens enthalten sind, von früher her untereinander verbunden sind und jetzt gleichzeitig, als eine Einheit, auftauchen.

Der Wahrnehmungsakt ist nicht ein scharf abgeschlossener. Man kann eine Statue bloß als Statue wahrnehmen oder als eine Statue Schillers oder als eine bestimmte Statue Schillers, ein Wort als Wort, als deutsches Wort und schließlich als Wort mit seiner Bedeutung und allen Beziehungen zu einer bestimmten Situation. Diese Identifikation eines Komplexes von Sinnesempfindungen mit seinen Zusammenhängen bezeichnen wir als Auffassung. Sie umfaßt auch den engeren Begriff der Wahrnehmung.

b) Begriffe und Vorstellungen.

Begriffe. Wir sehen zum ersten Male reife Erdbeeren, entweder gleich in der Mehrzahl oder mehrere zu verschiedenen Zeiten. Wir empfinden dabei mit dem Gesicht bestimmte Farbennuancen, Formen, Größenverhältnisse; Getast und kinästhetische Sinne geben uns Rauhigkeits-, Härte- und Gewichtsempfindungen, Geschmack und Geruch den Geschmack und den Duft der Frucht. Die Beeren haben unter sich Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten. Während die einander unähnlichen Empfindungen nur beim Anblick einer einzelnen oder weniger Beeren vorkommen, wiederholen sich die ähnlichen immer wieder. Sie schließen sich in der Psyche zu einem festen Komplex zusammen, so daß mehr oder weniger lebhafte Erinnerungsbilder der Gesamtvorstellung jedesmal auftauchen, wenn nur einzelne für die Erdbeere einigermaßen spezifische Empfindungen erlebt werden. Das ganze Gefüge von Erinnerungen sich immer wiederholender Empfindungen, die die Erdbeeren in uns erzeugt haben, ist der Begriff der Erdbeere, der „Erdbeere" als Gattung. Dieser kann nun durch weitere Erfahrungen ergänzt werden, indem man sieht, daß die Erdbeere auf einer Pflanze wächst, daß sie eine Frucht ist, daß sie die und die botanischen Zusammenhänge hat. Der Vorgang der Begriffsbildung ist also ein ähnlicher, wie der einer Typenphotographie.

Man spricht auch schon von dem „Begriff" eines einzelnen Dinges oder Individuums. Eine einzelne Erdbeere, ein einzelner Mensch wird zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Distanzen und Perspektiven und von verschiedenen Seiten gesehen. Die Residuen der sich wiederholenden Empfindungen bilden ekphoriert den Begriff des bestimmten Dinges, der bestimmten Person.

Es kann aber auch umgekehrt die Begriffsbildung sich komplizieren, indem immer mehr Einzelerfahrungen an derselben teilnehmen. Wir sehen außer der Erdbeere noch viele Dinge, die auf Pflanzen wachsen und bei entsprechender Behandlung fähig sind, eine neue Pflanze zu erzeugen. Alles das, was diese Dinge gemeinsam haben, bildet wieder ein festeres Engrammgefüge, das des Begriffes „Frucht".

Tätigkeits- oder Eigenschaftsbegriffe werden natürlich auf die nämliche Weise herausgehoben: „gehen" setzt sich aus Ähnlichkeiten in der Beobachtung vieler Vorgänge zusammen; „blau" hebt eine bestimmte Art von Gesichtsempfindungen, die sich vielfach wiederholen, heraus. Auch die höchsten abstrakten Begriffe werden auf diese Weise gebildet, ohne daß etwas prinzipiell Neues hinzukäme: Der eine rettet einen Feind; ein anderer läßt sich zum Märtyrer für eine gute Sache machen; ein dritter stiehlt nicht trotz großer Versuchung. Alle diese Vorgänge haben etwas Gemeinsames, das in unserer Gefühlsbetonung und auch in der Bedeutung der Handlungen resp. Unterlassungen für die Allgemeinheit liegt. Dieses Gemeinsame, herausgehoben, gibt den Begriff der „Tugend". Wir sehen bei uns und in der Außenwelt, daß bestimmte Geschehnisse immer auf bestimmte andere folgen. Das Gemeinsame nennen wir „Ursache" und „Wirkung", oder im Zusammenhang mit anderen Beziehungen der Dinge und des Geschehens unter sich „ursächliches Verhältnis".

Eine ganz wichtige Arbeit, die der Begriffsbildung teils voraus, teils parallel gehen muß, ist die Auswahl des Materials. Wir stellen uns nicht einen Baum vor mit allen seinen verschiedenen Fassaden, in denen wir ihn gesehen, mit den verschiedenen Perspektiven seines Standortes und den jeweiligen gleichzeitigen anderen Erlebnissen, sondern den Baum speziell in einer für unsere Anschauung besonders geeigneten Ansicht. Alles andere, was bei der Gewinnung der Vorstellung Baum miterlebt wurde, wird bei der Begriffsbildung ausgeschieden: Die betreffenden Assoziationen, die ja durch die Gleichzeitigkeit des Erlebens gebildet werden mußten, und deren Bildung sich auch in Stichproben nachweisen läßt, werden gehemmt. Dies nur eine Andeutung der enormen Arbeit von Zusammensetzung und Auseinanderlösung der Einzelengramme, die unsere Psyche schon bei den einfachsten Funktionen zu leisten hat. In der Regel beachtet man nur den positiven Vorgang, das Zusammensetzen; das Hemmen, das Auseinanderlösen wird unterschätzt oder geradezu ignoriert. (Vgl. Oligophrenie.)

Gleichzeitig mit der Wahrnehmung eines Dinges oder eines Vorganges wird sehr häufig auch das Wort gehört, das das Ding bezeichnet. So muß dieses in ähnlicher Weise mit dem Begriff verbunden werden, wie dessen einzelne Komponenten, wenn auch in deutlich lockerer Weise. Das Wort „Erdbeere" löst bei jedem Deutschen, der die Frucht kennt, auch den Begriff der Erdbeere aus. Die Sprache hat aber eine noch größere Bedeutung für die Begriffsbildung, indem sie mit Hilfe des Wortes die Abgrenzungen einmal geschaffener Begriffe andern übermittelt. Der einzelne kann leicht dazu kommen, den Begriff „Baum" zu bilden; „Pflanze" würde ihm schon schwerer ohne Benutzung der Mitarbeit früherer Generationen. Die verschiedenen Sprachgemeinschaften haben

deshalb verschiedenartige Begriffe. Das französische „manger" umfaßt das deutsche „essen" und „fressen". Der englische „fish" ist ein viel weiterer Begriff als der deutsche „Fisch". Der deutsche „Brunnen" zerfällt im Französischen in die „fontaine" und den „puit". Die Bedeutung der Sprache für die Begriffsbildung ist aber auch überschätzt worden. Das Kind sollte die Männer nicht voneinander unterscheiden, so lange es jeden mit „Papa" bezeichnet; es läßt sich aber leicht nachweisen, daß das in der Regel falsch ist. Man hat gemeint, man könne an der Größe des Wortschatzes die Zahl der Begriffe eines Menschen abschätzen und hat die Begriffszahl eines englischen Arbeiters niedersten Ranges auf wenige hundert begrenzen wollen. Soviel besitzt aber jeder Idiot, wenn er nur so hoch steht, daß er überhaupt Begriffe zu verstehen geben kann, und jeder Hund hat sehr viel mehr. Ungeschulte Taubstumme bilden eine Menge nicht nur konkreter, sondern auch abstrakter Begriffe. Es gibt auch viele Normale, die ebenso wortreich wie begriffsarm (höherer Blödsinn) oder wortarm aber begriffsreich sind. Man behauptet auch, daß man nur in Worten denke. In Wirklichkeit verhält es sich so, daß man im gewöhnlichen Denken abkürzende Symbole statt der Begriffe benutzt. Als solche Symbole dienen Worte sehr häufig; aber es gibt auch ganz andere Arten von Symbolen. Das eine Individuum bevorzugt die einen, das andere die anderen. Für Zahlen z. B. benützen einzelne das Zahlwort, andere die Ziffer, wieder andere Vorstellungen eines farbigen Fleckes oder der bloßen Stellung innerhalb einer die Zahlenreihe schematisierenden Skala usw.

Die Begriffe sind nichts Feststehendes; sie werden durch neue Erfahrungen leicht ergänzt oder umgebildet. Der Begriff „Gott" ist nicht nur verschieden beim Wilden und beim Kulturmenschen, sondern auch beim Kinde und beim Erwachsenen, beim Gebildeten und beim Ungebildeten. Der Begriff der Elektrizität wird ein anderer, wenn man anfängt, ihn mit höherer Mathematik zu studieren usw.

Wir sehen bei jeder, auch der einfachsten Begriffsbildung den Vorgang der Abstraktion tätig. Diese ist nicht eine besondere oder gar „höhere" Fähigkeit, sondern liegt in der Natur der zentralnervösen und damit der psychischen Tätigkeit. Auf beiden Gebieten gibt es ja keine identischen Erlebnisse, sondern nur ähnliche; wenn also die Physiologie sagt, daß auf „gleiche" Reize gleiche Reaktionen folgen, so ist das nicht zu genau zu nehmen; in Wirklichkeit antworten die Nervenzentren auf ähnliche Vorgänge in gleichartiger Weise: unwesentliche Verschiedenheiten beeinflussen die Reaktionen nicht merkbar, d. h. das Zentrum oder die Reaktion „abstrahiert" von ihnen. Treten an die Stelle vorgebildeter (reflektorischer) Mechanismen Erinnerungsbilder mit assoziativ an sie geknüpften Vorgängen (Gedanken, Handlungen), so wird die Abstraktion von den Verschiedenheiten mannigfaltiger, aber nicht prinzipiell anders. So schon beim Wahrnehmen: der Säugling sieht die Mutter in den verschiedensten Entfernungen, Projektionen und Kleidungen, und erkennt sie doch als das nämliche Wesen, indem er von den Verschiedenheiten abstrahiert. Eine Abstraktion im genau gleichen Sinne wie bei der Begriffsbildung ist es auch, daß er bei der Wahrnehmung überhaupt die Mutter aus der Umgebung heraushebt. Er sieht sie nie allein, sondern nur zusammen mit dem Zimmer. Von diesem kann er abstrahieren und nur den Begriff der Mutter herausheben. Daß das

eine wichtige Funktion ist, ersehen wir aus den Fällen, wo sie verunglückt. Kinder benehmen sich in verschiedener Umgebung oft gegen die nämlichen Personen ganz verschieden; bei Katzen ist es geradezu die Regel, daß sie Personen, die sie im Hause kennen, außerhalb desselben als Fremde betrachten.

Vorstellungen. Als ekphoriertes Erinnerungsbild wird alles vorgestellt, was man mit den Sinnen wahrgenommen hat, Eigenschaften, Dinge und Vorgänge. Außerdem gehören zu den Vorstellungen psychische Gebilde, die man nie mit den Sinnen wahrgenommen hat, alle möglichen Kombinationen der Sinnesbilder, Phantasiebilder, Wünsche, Möglichkeiten, sowie die Abstraktionen und ihre Zusammensetzungen zu Ideen, alles, insofern es zur Zeit durch Ekphorie und nicht durch sinnliche Wahrnehmung aktuell wird.

c) Die Assoziationen. Das Denken.

Die Verbindungen der Psychismen nennen wir Assoziationen.

Wir sehen sie in verschiedenen Formen, die sich außerdem miteinander kombinieren und sich überhaupt nicht scharf voneinander trennen lassen:

1. Zwei nebeneinander ablaufende Funktionen können einander modifizieren, fördern oder hemmen; die Wahrnehmung des Weges und der Hindernisse leitet unsere Schritte; eine moralische Überlegung hemmt eine angreifbare Handlung; zwei Motive, die in gleicher Richtung wirken, befördern die Reaktion; schon manche Reflexe können durch zufällige Nebenreize in allen drei Richtungen beeinflußt werden.

2. Gleichzeitige oder sukzessive Erlebnisse sind insofern miteinander verbunden, als sie in der Erinnerung gern wieder zusammen auftauchen, oder als das Wiedererleben eines einzelnen der Erlebnisse an die andern erinnert. Hierher gehört es auch, daß unsere Vorstellungen, Begriffe, Ideen regelmäßig in vielen oder allen ihren Komponenten zugleich (oder unmittelbar sich folgend) im Gedächtnis auftauchen oder gedacht werden; wenn wir das Wort Rose hören oder an eine Rose denken, so sind damit mehr oder weniger klar die Einzelpsychismen rot, schön, duftend, diejenigen, die den allgemeinen Begriff der Blume bilden, usw. vorgestellt.

3. Eine Vorstellung löst eine andere aus: Man denkt an Rosen und von da aus, entsprechend einem eingeübten Spruche, an Tulpen und Nelken; man schickt sich an, seinen Namen zu schreiben, worauf die verschiedenen Bewegungen in der eingeübten Reihenfolge nacheinander ablaufen. Hierher gehört es auch, wenn man sich auf die Ausführung einer bestimmten Handlung nach einem gegebenen Zeichen einstellt; im psychologischen Wahlversuch stellt man sich auf die verlangten Reaktionen ein; auf das Glockensignal reagiert man mit der rechten Hand, auf das optische mit der linken. Diese Funktion steht dem Reflexvorgang schon recht nahe, der ja auch nicht ein einfacher Übergang der sensibeln Reize auf die motorischen Apparate, sondern eine Intätigkeitsetzung, eine Auslösung der Funktion eines vorgebildeten Mechanismus ist.

4. Die genannten Formen können in beliebiger Weise kombiniert vorkommen: Die Wahrnehmung des Apfels löst beim Kinde im Sinne von fortschreitender Assoziation (Form 3) den Trieb aus, ihn zu essen, aber auch das Erinnerungsbild der früher durch das Stehlen provozierten Prügel, und das letztere hemmt den Aneignungstrieb als gleichzeitige Funktion (Form 1).

Gewöhnlich denkt man indessen nicht an alle diese Formen, sondern nur an folgende Erscheinungen:

1. Es werden durch zeitliche Zusammenhänge bei der Erfahrung assoziative Zusammenhänge in den entsprechenden Engrammen gebildet (es werden Assoziationen gestiftet). 2. Diese Zusammenhänge bleiben mit den Engrammen der Erlebnisse bestehen (Engramme sind assoziiert). 3. Ein neues Ereignis ekphoriert die Engramme von Erinnerungsbildern, die a) irgendwie bei ihrer Entstehung verbunden worden sind, oder die b) gleiche oder c) ähnliche Erlebnisse betreffen. Auch eine ganze Idee wird in gleicher Weise an eine frühere assoziiert.

Die Assoziation ist ein Zustand insofern, als Engramme miteinander verbunden sind; sie ist aber auch ein Vorgang bei der Verknüpfung gleichzeitiger Erlebnisse, bei der Auslösung einer Vorstellung durch eine andere, beim Denken und bei der Beeinflussung eines Psychismus durch einen anderen überhaupt.

Assoziationen im Sinne von dauernden Verbindungen entstehen durch gleichzeitigen oder unmittelbar aufeinander folgenden Ablauf mehrerer Psychismen, wie wir in dem Wahrnehmungsakt, in der Assoziation von Blitz und Donner sehen. Wir müssen annehmen, daß alles Gleichzeitige und Aufeinanderfolgende in der Psyche verbunden werde, nicht nur, weil solche Funktionen einander sehr häufig beeinflussen, sondern weil sie, wie alltägliche Stichproben zeigen, in der Erinnerung verbunden auftauchen. Wenn uns etwas entfallen ist, so kann es häufig wieder erinnert werden, wenn man an den Ort geht, wo man es gedacht oder erfahren hat. Und dennoch bilden die uns zugänglichen Assoziationen eine Auswahl. Wir erinnern uns in erster Linie nur an Erlebnisse, die an sich oder durch ihre Zusammenhänge eine gewisse Wichtigkeit für uns haben. In bezug auf die Ekphorierbarkeit gibt es also wichtige Unterschiede in den Assoziationen, vielleicht auch in der Verarbeitung der Gedächtnisbilder; auf die Verfolgung dieser Differenzen kann hier leider nicht eingegangen werden; jedenfalls spielen dabei affektive Mechanismen mit.

Außerdem liegt in der Stiftung von Assoziationen, wie in jeder andern Funktion, auch etwas Negatives. Wenn man einmal eine bestimmte Form eines Buchstabens zu machen gewohnt ist, so wird diese die Neigung haben, immer wieder aufzutreten, auch wenn lange nicht mehr geschrieben wurde. Hat man sich aber eine zweite Form angewöhnt, so wird die Reproduktion der früheren erschwert, auch wenn man rechtzeitig daran denkt. Die jetzige medizinische Erziehung hindert die psychologische Erkenntnis nicht bloß deswegen, weil sie sie ignoriert, sondern noch viel mehr, weil sie anders gerichtete Assoziationen stiftet und dadurch das psychologische Denken geradezu hemmt.

Betrachten wir die Assoziationen als Erinnerungsvorgang, so sehen wir, daß relativ oft gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander Erlebtes sich ekphoriert. Ferner aus leicht zu verstehenden Gründen Ähnliches und Analoges[1]): Das Kind hat sich an einer Kerzenflamme gebrannt, fürchtet nun aber alles Feuer.

Die meisten Assoziationen, so namentlich die durch Gleichzeitigkeit gewonnenen, können sowohl in der Richtung a — b, wie in der Richtung b — a verlaufen. Bei zusammengehörigen Einzelerlebnissen (z. B. den Einzelheiten eines Prozesses) kommt die Richtung gar nicht in Betracht, indem ein einzelner Bestandteil den alle verbindenden Oberbegriff assoziiert, von dem aus andere Teile in beliebiger Reihenfolge angeregt werden können.

Unter Umständen aber ist die Richtung nicht gleichgültig. So namentlich bei Assoziationen, die nur als Sukzession eine Bedeutung haben: Wenn man das Abc oder auch einen Vers noch so geläufig vorwärts sagen kann, rückwärts geht es zunächst nur mühsam; viele Bewegungsassoziationen können wir niemals umkehren; denn wenn wir auch einen

[1]) Ähnliches oder Analoges hat gemeinsame Teilpsychismen. Ferner ist die Empfindlichkeit der Psyche (eventuell des Zentralnervensystems) für Unterschiede eine beschränkte. Was sich durch unterhalb der Unterschiedsschwelle liegende Differenzen unterscheidet, erscheint und wirkt als Gleichheit.

Buchstaben von vorn und rückwärts zeichnen können, so sind das zwei verschiedene Bewegungen, indem sich die Muskeln dabei nicht einfach in umgekehrter Reihenfolge kontrahieren. Aber auch Assoziationen aus Gleichzeitigkeit können durch Übung einseitig gerichtet werden: Die meisten Leute, die die gedruckten gothischen Lettern lesen, haben deshalb noch nicht die Fähigkeit, sie sich vom Laut aus vorzustellen. Eine relative Bevorzugung hat aus leicht verständlichen Gründen die Richtung vom Speziellen zum Allgemeinen gegenüber dem Umgekehrten; ein Name erweckt sehr leicht die Vorstellung der von ihm bezeichneten Person, während es oft vorkommt, daß man von der Vorstellung aus den Namen nicht findet. Das letztere Moment ist von Bedeutung bei den krankhaften Gedächtnisstörungen.

Das logische Denken ist eine Wiederholung, eine Ekphorie von assoziativen Zusammenhängen, die man früher erlebt hat, oder von ähnlichen, resp. analogen Zusammenhängen.

Jedesmal, wenn man um einen Baum gräbt, sieht man die Wurzeln. Es wird also eine Assoziation gestiftet zwischen der Vorstellung des stehenden Baumes und der Wurzel. Wenn wir einen Baum sehen und der Begriff Wurzel in Betracht kommt, so wird er zu dem Baum assoziiert und zwar mit dem Unterton der Zusammengehörigkeit. Das drücken wir in den nachträglich abstrahierten logischen Gesetzen so aus: Jeder Baum hat Wurzeln; dies ist ein Baum, also hat er Wurzeln. So denkt man aber nur unter ausnahmsweisen Umständen, wenn die Richtigkeit des Schlusses in Frage kommt, bei einem „Beweis". Die Millionen Schlüsse, die man im Denken und Handeln täglich macht, führt man einfacher aus: Wenn man ein Herz perkutieren will, sagt man sich nicht: Jeder Mensch hat sein Herz auf der linken Seite, dies ist ein Mensch, also hat er sein Herz auf der linken Seite, sondern man assoziiert einfach an die Idee, das Herz des daliegenden Patienten zu perkutieren, die gewohnte Stelle.

Das Schließen ist also wie das Denken überhaupt eine Wiederholung von gleichen oder analogen Zusammenhängen, wie sie uns das Leben zeigt.

Das kausale Denken ist nur eine Analogie zu den Erfahrungen von regelmäßiger Folge zweier Ereignisse. Dabei ist der Begriff der regelmäßigen Folge ein sehr wechselnder. Beim Wilden ist vieles propter hoc, was uns nur post hoc ist. Man muß auch dabei andere Möglichkeiten in Betracht ziehen. Die Nacht ist nicht Ursache des Tages, und dennoch wird sie in den Mythen oft so angesehen; das Barometer sinkt, bevor das Wetter schlecht wird; deshalb sieht man oft die Tendenz, das sinkende Barometer zusammenzuschlagen, um schön Wetter zu bekommen. Allerdings liegt in dem Ursachenbegriff noch etwas Weiteres: wir selber sind oft ein Glied in der Kausalkette; wir können selbst durch unsere Handlungen Ursachen und damit Folgen setzen; ja wir lassen unsere Handlungen durch diese Erwägungen bestimmen. Wir sehen außer uns Ursachen und in uns Motive. Die beiden Verhältnisse unterscheiden sich aber nur durch den Standpunkt, von dem aus sie angesehen werden, und eventuell durch die größere Komplikation der übersehbaren Motive vor den übersehbaren Ursachen.

Das Urteilen besteht in einem Wiederholen von Zusammenhängen die die Erfahrung gegeben hat. „Der Schnee ist weiß," „Kant war ein

großer Mann", sind der Ausdruck von direkten und indirekten Erfahrungen. Es ist aber wichtig, zu beachten, daß das Wort „Urteil" zwei Dinge bedeutet: In der Logik ist ein Urteil „die Form, in der Erkenntnisse gedacht und ausgesprochen werden". Wenn man aber in der Psychiatrie von „Urteilsfähigkeit" spricht, so meint man die Fähigkeit, Urteile zu gewinnen, also das Vermögen, richtige Schlüsse aus Erfahrungsmaterial zu ziehen.

Mit der Zurückführung der einzelnen Denkvorgänge auf von außen gegebene Assoziationen ist natürlich das „Denken" nicht vollständig erklärt. Nicht jedesmal, wenn der Begriff Baum in uns lebendig wird, assoziieren wir seine Wurzeln daran. Wir tun es nur dann, wenn eine gewisse Konstellation (wir sehen vielleicht, daß der Wind den Baum entwurzeln will) oder das Denkziel (wir denken über die Ernährung des Baumes) diese Richtung bestimmt. Mit jeder einzelnen Idee sind ja unzählige andere assoziativ verknüpft; welche dieser Bahnen im konkreten Fall eingeschlagen wird, hängt von weiteren Determinanten ab, unter denen das Denkziel und die Konstellation die wichtigsten sind.

Das Denkziel ist nichts Einfaches, sondern eine ganze Hierarchie von einander untergeordneten Zielvorstellungen. Wenn ich hier über Assoziationen schreiben will, so muß ich beständig mehr oder weniger bewußt dieses Ziel gegenwärtig haben, aber außerdem noch die ganze Einteilung, soweit sie mir schon klar ist, den einem Abschnitt und den einem Satze zugrunde liegenden Gedanken, das was ich vorher gesagt habe usw.

Sogar bei solchen anscheinend sehr gebundenen Gedankengängen spielt die momentane und allgemeine Konstellation in merkbarer Weise mit. Der momentanen Konstellation entstammt gerade das benutzte Beispiel. Wie die unmittelbaren Erlebnisse, so bestimmen aber auch vorausgegangene den Ideenverlauf. Beim weniger gebundenen oder dem ziellosen Denken wird die Konstellation zu einem wesentlichen Faktor. Wer Hunger hat, oder umgekehrt einen überfüllten Magen, wird von einer beliebigen Idee aus viel leichter als sonst die Assoziation zu einer das Essen betreffenden Vorstellung einschlagen (Traum!). Wer eben aus einem Vortrag über Chemie kommt und von „Wasser" hört, wird nicht leicht an Wasser im landschaftlichen oder verkehrstechnischen Sinne denken.

Auch Denkziel und Konstellation sind nicht nur etwas Positives, sondern zugleich eine eminent negative Funktion. Jeder psychische, wie jeder andere zentralnervöse Vorgang befördert nicht nur die kleine Auswahl gleichsinniger Funktionen, er hemmt auch die unendliche Zahl anderer Psychismen. Die Entwicklung des Denkens geht also auch in dieser Richtung ganz parallel der der Motilität, die nicht nur lernen muß, die notwendigen Muskeln in der richtigen Reihenfolge zu kontrahieren, sondern ebensogut, alle andern nicht anzuspannen.

Befreit man die Assoziationen, soweit es eben möglich ist, von den Zielvorstellungen, indem man einer Versuchsperson ein Wort nennt mit dem Auftrag, so schnell als möglich das erste beste Wort zu sagen, so kommen die einfachen Verbindungen der Erfahrung und der Konstellation deutlich zum Vorschein. Man findet Assoziationen nach räumlichem und zeitlichem Zusammensein, nach Ähnlichkeit und Kontrast,

Koordination und Subordination, nach begrifflichen und klanglichen Ähnlichkeiten. In der Gruppierung dieser Assoziationsrichtungen hat man „die Assoziationsgesetze" sehen wollen. Es ist nach dem Obigen selbstverständlich, daß sie nur einen kleinen Teil der Determinanten unseres natürlichen Denkens ausmachen.

Das Hauptziel des Denkens selbst ist in erster Linie abhängig von den Trieben, den Affekten. Aber auch im Detail sehen wir, daß affektive Bedürfnisse das Denken mitbestimmen, eventuell die Logik fälschen, in geringerem Grad beim Gesunden, in stärkerem beim Geisteskranken. Wenn wir unserer Phantasie spielend den Lauf lassen, in der Mythologie, im Traum, in pathologischen Zuständen, kurz im autistischen Denken, sehen wir eine große Loslösung von der Erfahrung, die leicht zu Unsinn führt, der aber als Symbol seinen Sinn hat. (Vgl. Autistisches Denken S. 33.)

Etwas anderes ist die Phantasie des Erfinders, der nach Analogie der Erfahrung bestimmte Ziele zu erreichen sucht. Eine Zwischenstufe nimmt der Dichter ein, der affektiv bedingte Ziele zur Darstellung nimmt, aber sich gewöhnlich in den Einzelheiten nicht so von der Erfahrung entfernt, daß seine Phantasien als unmöglich erscheinen.

Die Assoziationen sind nicht etwas der Psyche Eigentümliches, sondern in allen ihren Eigenschaften (mit Ausnahme natürlich der Bewußtseinsqualität) auch in den sonstigen zentralnervösen Vorgängen experimentell nachzuweisen. Pawlows „Assoziationsreflexe" (bedingte Reflexe) gehen allerdings nur über das Großhirn, das allein solcher plastischer Funktionen in ausgesprochenem Maße fähig ist; es ist aber deshalb nicht gesagt, daß sie über die Psyche, und namentlich über die bewußte Psyche, gehen müssen.

Den Assoziationsmechanismus, die Möglichkeit, daß nebeneinander ablaufende Psychismen einander bald beeinflussen, bald nicht, und daß von der unendlichen Zahl möglicher Bahnen mit Auswahl eine bestimmte eingeschlagen wird, kann man sich am besten unter dem Bilde von Schaltungen in einer elektrischen Anlage vorstellen, die verschiedene Apparate miteinander verbinden oder unabhängig voneinander laufen lassen, sie aus- oder einschalten kann. Die Konstellation, in unserem Beispiel durch den Vortrag über Chemie bestimmt, vermindert etwas, was in der elektrischen Anlage dem Widerstand in der Richtung „Chemie" entsprechen würde, und vermehrt den Widerstand in anderen Bahnen; dadurch bewirkt sie, daß die Idee „Wasser" chemische Vorstellungen dieses Begriffes und nicht andere assoziiert. Das Bild der Schaltungen erlaubt uns auch eine Menge anderer Phänomene, wie die Ideenflucht, die schizophrene Assoziationsstörung, die hypnotischen Erscheinungen, das Bestehen verschiedener Persönlichkeiten neben- oder nacheinander in der nämlichen Psyche, die Erscheinungen des Unbewußten und eine Menge von pathologischen Symptomen, die sonst gerne geleugnet oder ungern zugegeben werden, zu erfassen.

d) „Die" Intelligenz.

In den Assoziationsvorgängen, soweit sie sich auf Erfahrung gründen, stecken die Grundlagen der Intelligenz. Je mehr Assoziationsmöglichkeiten man besitzt, und je mehr Vorstellungen gleichzeitig die einzelne Assoziation determinieren, um so intelligenter ist ceteris paribus das Individuum. Aufgabe der Intelligenz ist es aber, nicht bei Gelegenheit frühere Erlebnisse einfach zu wiederholen, sondern nach richtig gewählten Analogien neu zu kombinieren. Es sind indes bei genauerem Zusehen die beiden Vorgänge nicht prinzipiell verschieden.

Was man unter Intelligenz versteht, ist ein Komplex vieler Funktionen, die beim einzelnen Individuum ganz verschieden entwickelt sein können. Es gibt keine einheitliche Intelligenz. Es wäre eine lobens-

werte Arbeit, einmal den ganzen Intelligenzbegriff klarzustellen. Wichtig sind dabei, außer dem Vermögen, richtig zu abstrahieren, die Fähigkeiten 1. zu verstehen, was man wahrnimmt oder was von andern erklärt wird, 2. so handeln zu können, daß das erreicht wird, was man anstrebt, und 3. richtiges Neues zu kombinieren (logische Kraft und Phantasie).

Alle diese Leistungen sind in erster Linie abhängig von der Zahl der möglichen Assoziationen. In dem Mosaik unseres Denkens kann man um so mehr Ideen und um so feinere Nuancen ausdrücken, je mehr Steine man zur Verfügung hat. In der Tierreihe, oder vom Idioten bis zum Genie, beruht die Intelligenzskala wesentlich auf der Zunahme der Assoziationsmöglichkeiten. Dabei sind nicht ganz identisch die Möglichkeit der Bildung vieler Assoziationen und die Möglichkeit der gleichzeitigen Ekphorie derselben; die erstere ist verhindert beim Oligophrenen, die letztere beim Organischen. In zweiter Linie kommt die Raschheit und Leichtigkeit in Betracht, mit der die Assoziationen zufließen. Für den Gelehrten in der Studierstube mag es unwichtig sein, wie lange er zu seinen Überlegungen brauche. Wer im Leben drin steht, muß eine Situation sofort übersehen und sofort die für das Handeln notwendigen Schlüsse ziehen können. Ferner gehört zu einer intelligenten Leistung die richtige Auswahl des zu assoziierenden Materials. Ich führe dies erst in dritter Linie an, weil diese Funktion beim Durchschnittsmenschen verhältnismäßig wenig zu wünschen übrig läßt; relativ selten wird viel Nichtzugehöriges assoziiert, am ehesten bei den unten anzuführenden unklaren Oligophrenen. Zur Auswahl des hinzuzuziehenden Materials ist die Unterscheidung von Wichtigem und Unwichtigem nötig, eine komplizierte Funktion, die abhängig ist von der Übersicht, also in letzter Linie wieder von der Menge der Assoziationen. Um nicht nur in alten Gleisen zu handeln, sondern Neues zu kombinieren, bedarf man einer großen Lösbarkeit der Assoziationen (vgl. Begriffsbildung, Anmerkung S. 10, und die Oligophrenien), aber auch einer besonderen Aktivität des Wollens und Denkens in der Richtung des Beherrschens der Umstände.

Je intelligenter man ist, um so mehr benutzt man verarbeitetes Denkmaterial. Der Intelligente arbeitet viel weniger mit Begriffen, die noch den Wahrnehmungen nahestehen, als mit aus denselben gewonnenen Folgerungen und kann oft die ursprünglichen Erfahrungen gar nicht mehr reproduzieren. Er handelt nach seinem Urteil über einen Menschen, ohne mehr daran zu denken, wie er es gewonnen. Er denkt auch seine Begriffe mit ihren Zusammenhängen. Anderseits schafft er sich wieder Abkürzungen: Teils ist das Zusammenordnen von Einzelheiten zu einem einheitlichen Oberbegriff selbst schon eine Abkürzung, teils legt man komplizierte Vorstellungen in Symbole, die nicht nur im Verkehr mit andern, sondern auch im Denken dienen (z. B. mathematische Zeichen, wie π, sin. usw.).

Ein Schulmädchen verlangt von seiner Mutter Geld für eine arme Kameradin, damit diese eine Schulreise mitmachen könne. Die Mutter schlägt es ihm ab, da sie selbst kein Geld zur Verfügung habe. Das Kind beobachtet bei der Gespielin, daß diese mit Posten und anderen kleinen Leistungen gar nicht selten einige Fünfer verdient. Es bringt ihr nun bei, daß sie dieses Geld nur zusammenzuhalten brauche statt es zu verschlecken, um genug für die Reise zu bekommen, und dazu gibt sie ihr eine improvisierte kleine Sparkasse. Ferner erkundigt sie sich nachher immer wieder nach den Einnahmen des Kindes und deren Verwendung. Der Erfolg bleibt nicht aus.

Hier handelt es sich zunächst um eine charakterologische Leistung, die Bedingung alles Folgenden ist: Das Mädchen hat sich nicht bei der Antwort der Mutter beruhigt, sondern einen andern Ausweg gesucht. Aber auch die reine Intelligenz ist nicht unbeteiligt an diesem ersten Schritt. Das Mädchen mußte die Möglichkeit der Abhilfe erkennen, bevor es den Weg dazu gefunden hatte, während ein Geistesschwacher von vornherein vor einer Unmöglichkeit gestanden wäre. Der nächste Schritt ist ein scheinbar einfacher, aber nur scheinbar, denn er unterbleibt in der Wirklichkeit unendlich oft, trotzdem er so viel eingepaukt wird: Die Anwendung des Gedankens, daß zwanzig Fünfer eine Mark sind, resp. daß man nur zwanzig Fünfer sparen müsse, um eine Mark zu haben. Das Abhilfesuchen trotz der Ungangbarkeit des nächsten Weges und die Anwendung dieses mathematischen Prinzips unterscheidet besonders den Kulturmenschen von dem, der primitiv bleibt. Für manchen Weisen wäre mit dem guten Rat des Sparens die Sache erledigt gewesen. Es kommt aber hier die wichtige Idee mit der kleinen Kasse hinzu. Dazu bedurfte es des sehr vielen Moralisten abgehenden „Gefühls" (natürlich ein rein intellektueller Vorgang), daß mit dem bloßen Raten nicht geholfen sei, also eines Komplexes von Assoziationen, der den Wankelmut der Freundin betraf, und des Bedürfnisses, diesen unschädlich zu machen. Zu diesem Zwecke wird mit Hilfe der Phantasie das Mittel ersonnen, die Verschwenderin für eine andere Sache zu „begeistern", wenn man den Ausdruck für eine solche Kleinigkeit brauchen darf. Daß dieser Ausweg gesucht und gefunden worden, setzt natürlich wieder den Besitz einer großen Zahl von Vorstellungen voraus, die die Psychologie der Freundin, eventuell der Menschen überhaupt, betreffen, und dann die Zuziehung aller dieser Vorstellungen im richtigen Moment, und zugleich eine Sichtung der Erfahrungen in das, was für diesen Fall wichtig und was unwesentlich sei. Die letztere Auslese verlangt u. a. die beständige Gegenwart der psychologischen Vorstellungen über die Motive des Handelns, denn unter der Leitung dieser Vorstellungen muß gesichtet werden. Sowohl intellektuelle als charakterologische Leistungen sind die spätere Überwachung des Sparens und die Loslösung von den gewöhnlichen Assoziationen. Auf die letztere ist besonderes Gewicht zu legen, sobald nicht bloß Verstehen, sondern Handeln, resp. neue Wege finden, in Betracht kommt. Das Gewöhnliche ist die Vorstellung, Geld von den Eltern zu bekommen; ist das unmöglich, so ergeben sich tausende von jungen Mädchen in das scheinbar Unvermeidliche. Unsere Heldin löste den Gedanken der Geldbeschaffung von der Vorstellung der gewöhnlichen Quelle ab und suchte eine andere. Für die Bedeutung dieser Loslösung ist der klassische Witz vom Ei des Kolumbus ein besonders schlagendes Beispiel. Kolumbus konnte darauf rechnen, daß seine Neider in ihrer Beschränktheit sich von der stereotypen Vorstellung des unbeschädigten Eies nicht würden lösen können. Wäre nicht der starke Widerstand gewöhnlicher Geister gegen das Ungewohnte der eingedrückten Spitze, der Ausweg hätte sich ja geradezu instinktmäßig aufdrängen müssen (man denke sich ein Ei aus Wachs).

Eine prinzipiell andere Abstufung der Intelligenz ist die nach der Klarheit der Vorstellungen. Diese hängt nicht von dem Reichtum an Verbindungsmöglichkeiten ab; man hat im Gegenteil bei den Unklaren oft das Gefühl, daß zu viele Assoziationen da seien, oder daß zu wenige gehemmt seien. Die gewöhnlichen Oligophrenen dagegen haben in den Begriffen, die sie selber bilden, gar nicht viel Unklares. Idioten entfernen sich bei der Begriffsbildung sehr wenig von der Sinnlichkeit und sind schon deswegen vor Unklarheiten relativ geschützt; die letzteren erscheinen höchstens, wenn man den Patienten von außen Begriffe aufnötigen will, zu deren Verständnis sie zu schwach sind. Anderseits gibt es intelligente, ja geniale Leute, die mit vielen unklaren Begriffen arbeiten, und das hat unter Umständen für Entdecker einen gewissen Vorteil: Sie können sich ohne große Schwierigkeit aus irgend einer Erfahrung einen hypothetischen Begriff ableiten, und wenn er zu den folgenden Erfahrungen nicht recht paßt, ihn ohne bemerkbare Arbeit, ja ohne es zu wissen, einfach den neuen Verhältnissen gemäß umgestalten, d. h. in einem etwas anderen Sinne brauchen. Daß diese Eigenschaft sehr gefährlich ist und nur von hoher Intelligenz unschädlich gemacht werden kann, ist selbstverständlich. Was wir hier unter unklaren Begriffen verstehen, kann am besten am Beispiele der

Sternbilder erklärt werden: Der Astronom kennt jeden Stern, der zum Orion gehört; für ihn ist das ein ganz scharf begrenzter Begriff. Der Laie weiß davon einige Sterne oder die Himmelsgegend, wo das Sternbild liegt; er ist sich aber seiner Schwäche bewußt: Er hat einen unvollständigen, aber keinen unklaren Begriff, er wird wegen seines Nichtwissens nicht in den Fehler verfallen, auf einmal unter einer ganz anderen Sterngruppe den Orion zu verstehen, und wird nicht davon reden, ein Komet sei eben in den Orion getreten, wenn er ihn in Wirklichkeit gar nicht berührt oder eben verläßt. Der Unklare aber kann sich so äußern, weil er keine konstanten Grenzen seiner Begriffe hat; das eine Mal rechnet er Sterne dazu, die er ein ander Mal nicht dazu zählt. Wer alle psychischen Bewegungsschwierigkeiten Hemmungen nennt, kann einen klaren, wenn auch für unsere Diagnostik unbrauchbaren Begriff davon haben; wer aber von Hemmung und Sperrung spricht und die Grenze zwischen den beiden jetzt in der Psychiatrie eingebürgerten Begriffen nicht sieht, hat eine unklare Vorstellung davon.

Es gibt nun Leute, deren kompliziertere Begriffe alle in dieser Weise unklar sind. Manche verdecken den Defekt durch eine gewandte Ausdrucksweise; im Leben aber versagen sie wie die andern Schwachsinnigen.

Die Intelligenz in irgendeinem Sinne ist nie eine Einheit. Es gibt niemanden, der auf allen psychischen Gebieten hervorragend wäre, während allerdings die meisten Idioten in allen Richtungen versagen. Praktische und theoretische Intelligenz brauchen nicht parallel zu gehen. Schulgescheitheit und Lebensgescheitheit sind Dinge, deren große Verschiedenheit nur zum Teil darauf beruht, daß Pädagogen mit einseitigem Maßstab sich über die Fähigkeiten ihrer Schüler täuschen. Eine Menge von genialen Leuten war in der Schule schlecht; Alexander v. Humboldt z. B. „eignete sich" nach dem Urteil seiner Lehrer „nicht zum Studieren". Und auch nach der Schule ist „Lebensklugheit" etwas ganz anderes als Intelligenz im allgemeinen[1]). Die besonderen Fähigkeiten und Unfähigkeiten für Mathematik, Sprachen, Technik, Psychologie, philosophisches Denken usw. sind allgemein bekannt; die Spezialisierung kann merkwürdig weit gehen, gibt es doch einseitige Genies nur für Ausrechnung der Wochentage für ein bestimmtes Datum, oder für Skatspielen.

Schon in solchen Fällen haben wir es nicht bloß mit der abstrakten Intelligenz zu tun. Der gute Mathematiker hat nicht nur die Fähigkeit, mathematisch zu denken, sondern auch den Trieb, sich damit zu beschäftigen. Aber auch sonst sind die intellektuellen Wirkungen abhängig von dem Zusammenspiel mit anderen Funktionen, vor allem mit den Affekten. Schon an dem Beispiel des Schulmädchens haben wir gesehen, wie der Trieb zum Denken und Handeln, zum Beherrschen der Umstände mitwirkt. Ein Volk ohne Wissenstriebe, wie die meisten Orientalen, wäre auch bei höchster Intelligenz und eventuell lebhafter Phantasie doch nicht fähig, im Sinne unserer abendländischen Technik etwas zu leisten. Der abulische Schizophrene und der überlabile Orga-

[1]) Daß sogar die Früchte der Erziehung und Schulbildung, die gedächtnismäßige Aneignung von Lern- und Bildungsstoff, mit intellektuellen Leistungen verwechselt werden, ist leider noch häufig.

nische erscheinen beide schon ihrer Affektstörung wegen als blödsinnig. Auch die bloße Klarheit des Denkens wird wesentlich gefördert, wenn man die Geduld und den Trieb hat, zu Ende zu denken. Wie sehr die Affekte die Logik beeinflussen, ist früher schon hervorgehoben. Ein Versagen der intellektuellen Leistungen kann in einer Störung des Gleichgewichtes zwischen Überlegungskraft und Affektivität begründet sein (Apathie einerseits, Verhältnisblödsinn anderseits). Vor allem wichtig ist der Einfluß der das Ich betreffenden Gefühle, die allzu leicht an die eigenen Interessen einen ganz anderen Maßstab anlegen lassen als an die anderen Dinge. Dann liegt ein großer Teil der Lebensklugheit in der Beharrlichkeit. Die Konzentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit beim Erfassen der Dinge und beim Verarbeiten kann die Intelligenz ganz wesentlich beeinflussen. Die Fähigkeit, Neues zu finden, wird gefördert durch einen gewissen Grad von Phantasie oder ist vielleicht identisch damit, wenn man unter dem „Neuen" nicht bloß das richtige „Neue" versteht. Daß ein gutes Gedächtnis die Intelligenz wirksam unterstützt, ja daß es Intelligenz ersetzen und Schwächen derselben verdecken kann, versteht sich von selbst. Je intelligenter man aber ist, um so weniger bedarf man des primären Gedächtnisses, das die Erlebnisse so wiedergibt, wie man sie erfahren hat; der Intelligente arbeitet ja mit abgeleiteten Begriffen; er stellt sich unter einem Fisch nicht mehr eine Sammlung von all den Fischen vor, die er gesehen, sondern er hat dafür eine sehr abgekürzte Formel mit einem mehr zoologisch-wissenschaftlichen Inhalt.

e) Das Gedächtnis.

Alles, was psychisch erlebt wird, hinterläßt eine dauernde Spur (Engramm). Wir erkennen das daran, daß ein Vorgang um so leichter abläuft, je öfter er sich wiederholt (Übung), daß manchmal vergangene Erlebnisse auf irgendwelche aktuelle Vorgänge modifizierend einwirken, daß man wiederholt Erlebtes als Wiederholung erkennt, und vor allem daran, daß man sich an die psychischen Vorgänge erinnern kann. Was für eine Veränderung das Engramm ist, wissen wir nicht. Bei der Erinnerung muß eine dem früheren Erlebnis ähnliche Funktion (Vorstellung von Wahrgenommenem) oder eine ihm nahezu gleiche Funktion (Wiederholung einer eingeübten Bewegung) wieder ablaufen. Man bezeichnet das als Ekphorie der Engramme. Daß wirklich jedes Erleben (inklusive das Unbewußte) Engramme hinterläßt, ist nicht direkt zu beweisen, aber es wird sehr wahrscheinlich durch Stichproben, die uns zufällige Erinnerungen liefern. Im Traum, in der Hypnose und in Krankheiten, aber auch sonst etwa, tauchen oft Erinnerungen an Erlebnisse auf, die man sonst als nicht erinnerungsfähig betrachtet.

Eine junge Frau, die weder lesen noch schreiben konnte, produzierte im Fieber lateinische, griechische und hebräische Sprüche, von denen sie sonst nichts wußte. Sie war in der Kindheit bei einem Pfarrer, der die Gewohnheit hatte, solche Sprüche zu rezitieren (CARPENTER, Mental Physiology. London, Trübner 1896, S. 437). Ein in einer Apotheke Hypnotisierter kann unter Umständen eine große Menge der Aufschriften der Standgläser reproduzieren, auch wenn er nichts davon versteht.

Die Fähigkeit, Engramme zu bilden, wurde von WERNICKE als Merkfähigkeit bezeichnet, und ist nun in einer unklaren Weise[1]) dem

[1]) Schon recht oft habe ich sogar erfahren müssen, daß sie als die Fähigkeit, *etwas* zu merken, statt *sich* etwas zu merken, gefaßt worden ist.

„Gedächtnis“ gegenübergestellt worden. Unter dem Gedächtnis versteht man in diesem Zusammenhange nicht mehr das ganze Gedächtnis, für das dann ungeschickterweise eine Bezeichnung fehlt, sondern die Erhaltung und Ekphorierungsfähigkeit der Engramme. Inwiefern die letztere als eine besondere Eigenschaft herausgehoben werden darf, weiß noch niemand; sicher ist nur, daß viele Engramme unter bestimmten Umständen nicht ekphorierbar sind, und daß, wenn wir überhaupt eine Ursache dafür finden, dieselbe bis jetzt immer an ganz anderen Orten als in der Beschaffenheit der Engramme steckte, vor allem in affektiven Hindernissen. Das bloße Nichterinnernkönnen läßt also bis jetzt nie einen Schluß auf einen Untergang der Engramme zu. Weiteres in der Pathologie des Gedächtnisses.

Die Engramme scheinen so lange zu dauern, als das Gehirn nicht ganz grob lädiert ist; daß anscheinend längst entschwundene Erinnerungen aus der Kindheit im Alter wieder mit großer Lebhaftigkeit auftauchen, ist nichts so Seltenes. Das Vergessen beruht also in der Regel nicht auf einem Verschwinden der Engramme, sondern auf einer Unmöglichkeit, diese als Erinnerungen zu beleben, auf assoziativem Wege zu ekphorieren.

Die Abschwächung der Erinnerungsfähigkeit eines Engrammes durch die Zeit ist offenbar im Zusammenhang mit neuen ähnlichen Erlebnissen (RANSCHBURG); mehrere ähnliche Zahlenreihen sind schwerer zu reproduzieren als ganz unähnliche. Bei Selbstbeobachtung findet man, daß ein großer Teil der Erinnerungen so schwindet, daß man zunächst unsicher wird, welches von mehreren ähnlichen Erinnerungsbildern das richtige sei, und daß sich dann nach und nach so viele Möglichkeiten bieten, daß man gar nicht mehr wählen kann oder das richtige Engramm unter der Zahl der übrigen dem Erfassen ganz entschwindet. — Ob daneben auch ein Hinschwinden der Engramme, die man nicht oder wenig mehr belebt, stattfindet, in der Weise, wie irgendeine gesetzte Veränderung im Physischen nach und nach verschwindet (eine Schwingung aufhört, ein Gemälde verblaßt, ein Bachbett, das sich das Wasser gegraben, ausgefüllt wird, wenn kein Wasser mehr durchfließt), wissen wir nicht. Die Beobachtung gibt keine Anhaltspunkte, diese geläufigsten Vorstellungen auf die Gedächtnisbilder zu übertragen; im Gegenteil scheint sie darauf hinzuweisen, daß ein einmal gesetztes Engramm erhalten bleibe bis zur Zerstörung des Gehirns (ähnlich dem phylogenetischen Gedächtnis); ja die Pathologie zeigt, daß die Zeit die Engramme insofern konsolidiert, als den organischen Hirnaffektionen gegenüber die älteren die resistenzfähigere Ekphorierbarkeit haben. Nichtsdestoweniger war die Vorstellung des Verblassens bis auf RANSCHBURG die einzige, an die man dachte, wenn man von Vergessen, eine Gewohnheit verlieren u. dgl. sprach. (Die FREUDschen Erinnerungshemmungen bestehen daneben und haben überhaupt mit diesen RANSCHBURGschen Mechanismen nichts zu tun.)

Immerhin gibt es Tatsachen, die sich zunächst durch eine Veränderung der Engramme erklären ließen: Räume, die wir in unserer Kindheit gesehen, kommen uns im späteren Leben oft kleiner vor, als wir erwartet: Wir haben ihr Bild mit dem Wachsen des Maßes (unseres Körpers) vergrößert. Wer die gerichtlichen Zeugenaussagen studiert, muß sich wundern, wie die Leute bona fide auch in ganz einfachen Sachen oft die widersprechendsten Aussagen machen, am häufigsten natürlich, wenn es sich um überstürzte oder aufregende Ereignisse handelt. Aber auch ohne besonderen Grund sind die Fehler oft sehr groß. Die „Aussageversuche“ namentlich der STERNschen Schule haben uns viele unerwartete Belehrung darüber verschafft. Jedem, der sich nur ein wenig beobachtet, sind die alltäglichen unregelmäßigen Fälschungen bekannt, die uns irgendeine Erinnerung nicht nur unvollständig, sondern

auch sonst verändert zum Bewußtsein bringen (das Erinnerungsbild einer nicht sehr gut bekannten Person, eines Gartens, einer Begebenheit unterscheidet sich oft recht stark von der Wirklichkeit und verliert in der Regel mit der Zeit an Richtigkeit und auch an Schärfe).

In allen solchen Fällen scheint aber das ursprüngliche, richtige Engramm neben dem modifizierten fortzubestehen; denn häufig korrigiert man nachträglich den Fehler, sei es durch Nachdenken, sei es, daß unwillkürlich bei einer Gelegenheit die richtige Erinnerung auftaucht. Unter pathologischen Umständen kann man häufig beide Vorstellungen, die ursprüngliche und die verfälschte, gleichzeitig nachweisen.

Solche Vorkommnisse beweisen uns, daß es sich bei den Erinnerungsfälschungen nicht um bloße Alterationen des Engramms, sondern um einen komplizierten Vorgang handelt, der analog ist der Schöpfung neuer Vorstellungen. Wie viel davon im Unbewußten während der anscheinenden Latenz der Engramme geschehen ist, und wie viel erst während der Erinnerung, weiß man nicht.

Besonders stark sind auch beim besonnenen Gesunden die Fälschungen, die einem Affekt, den Wünschen des Individuums, entsprechen. Sehr lehrreich ist es, wenn man nach Jahr und Tag sein Tagebuch wieder liest. Man findet recht viel darin, das man in der vorliegenden Form der eigenen Handschrift nicht mehr glaubt; aber wenn man genauer zusieht, so ist die Version des Tagebuches immer diejenige, die einem weniger paßt.

Die Ekphorie der Engramme kann bewußt oder unbewußt sein. Unbewußte Erinnerungen von Vorstellungen kann man nur auf Umwegen nachweisen, aber eingeübte Fähigkeiten, namentlich motorische, laufen sehr leicht unbewußt ab. Wenn wir einmal schwimmen können, machen wir die richtigen Schwimmbewegungen, sobald wir in der Lage dazu sind.

Die Ekphorien, von denen man am meisten spricht, sind die bewußten Erinnerungen. Sie werden wohl ausnahmslos ausgelöst auf dem Wege der Assoziationen; die Erinnerungsgesetze sind deswegen die Assoziationsgesetze. Je besser eingeübt eine Assoziation ist, je mehr assoziative Wege zu einem Engramm führen, um so leichter die Erinnerung. Was man also in viele Zusammenhänge gebracht hat, was man verstanden hat, wird relativ leicht erinnert; ein unverstandenes Chaos, wie z. B. eine Erzählung in einer unbekannten Sprache, kann nicht reproduziert werden; ebenso wenig sind im gewöhnlichen bewußten Gedankengang diejenigen unzählbaren Engramme erinnerungstüchtig, die wir unbewußt aufnehmen, wie alle die Gesichtsbilder der Unbekannten, denen wir auf einem Spaziergang begegnet sind.

Die Erinnerungsfähigkeit ist sehr leicht gestört. So durch die Konstellation: wenn man etwas Geläufiges in einem neuen Zusammenhang erinnern soll, so geht es oft nicht mehr. Namentlich wichtig sind aber, wie wir sehen werden, als erinnerungshemmende und -fördernde Faktoren die Affekte. Lustbetonte Erlebnisse werden besonders leicht erinnert. Bei unlustbetonten kämpfen zwei antagonistische Strebungen gegeneinander; einerseits die eine, dem Affekt überhaupt angehörende, welche die Erinnerungen lebhafter macht, anderseits die Tendenz, sich alles Unangenehme, also auch eine widerwärtige Erinnerung, fernzuhalten. Sehr häufig, besonders wenn die Erinnerung irgendwie die Persönlichkeit

herabsetzt, werden unlustbetonte Ereignisse aus dem Gedächtnis verdrängt. Der Greis wird zum laudator temporis acti. Am wichtigsten sind aber die aktuellen Affekte, die gerade diejenigen Erinnerungen auftauchen lassen, die ihnen entsprechen.

Eine besondere Art der Erinnerung ist das Wiedererkennen. Wenn wir etwas zum zweiten oder mehrfachen Male sehen oder hören, erkennen wir es in der Regel als schon erlebt. Man spricht von einer „Bekanntheitsqualität" der wiederholten Empfindung, kann sie aber nicht beschreiben. Wichtiger ist zu wissen, daß das Wiedererkennen viel leichter ist als das spontane Erinnern. Auch wenn man z. B. den orientalischen Namen Alexanders in keiner Weise mehr erinnern kann, wird man ihn leicht wieder erkennen, wenn unter anderen Namen auch Iskander genannt wird. Nicht jedermann kann sich eine Person klar vorstellen; er erkennt sie aber sofort, sobald er sie sieht.

f) Die Orientierung.

Gegenwärtige und frühere Wahrnehmungen setzen sich zusammen zur Orientierung in Ort und Zeit, so daß man beständig mehr oder weniger bewußt damit rechnet, an einem bestimmten Orte und in einem bestimmten Zeitpunkte zu sein, und seine Erinnerungen an diese Daten knüpft. Die Orientierung ist selbstverständlich abhängig vom Gedächtnis (bei Fehlen desselben ist sie unmöglich), von den Wahrnehmungen (Halluzinationen können einen anderen Raum vortäuschen) und von der Aufmerksamkeit (in Gedanken versunken, im Gespräch kann man zu Fuß oder im Vehikel auf einmal an einem anderen Orte sein, als man glaubte); aber wie die Pathologie zeigt, gibt es außerdem noch eine selbständige Orientierungsfunktion, deren Störungen nicht proportional den Störungen anderer Funktionen zu sein brauchen[1]). Immerhin finden wir keine Orientierungsanomalien ohne Alteration jener Elementarfunktionen.

Die Orientierung im Raum, die beständig durch die Augen kontrolliert wird, ist natürlich viel sicherer als die in der Zeit, die einer lückenlosen Registratur durch das Gedächtnis bedarf und nur eine lineäre Dimension hat.

Etwas ganz anderes ist die Orientierung in der Situation, die uns sagt, warum wir an einem bestimmten Orte sind, in welchem Verhältnis wir zu den Menschen stehen usw. Diese ist natürlich, so weit sie auf dem Verständnis komplizierter Verhältnisse beruht, eine Funktion der Überlegung.

g) Die Affektivität.

Jeder Psychismus läßt sich zerlegen in eine intellektuelle und eine affektive Seite. Die letztere bleibt oft unbeachtet, fehlt aber nie ganz, wie man durch Vergleiche feststellen kann. Die Frage z. B., ob ein Trapez oder ein Quadrat besser gefalle, können die meisten Menschen sofort beantworten; sie müssen also eine Lust- oder Unlustkomponente schon mit dem Anblick solcher einfacher Figuren verbinden.

[1]) Z. B. nach überstandenem Alkoholdelir bleibt bisweilen die Orientierung in Zeit und Ort einige Tage gestört, während die anderen Funktionen schon ziemlich normal erscheinen.

Mit dem Namen Affektivität fassen wir die Affekte, die Emotionen. die Gefühle von Lust und Unlust zusammen. Der Ausdruck „Gefühl“. der häufig für die ganze Erscheinungsgruppe verwendet wird, ist mißverständlich; er wird auch gebraucht zur Bezeichnung von Empfindungen bei den niederen Sinnesqualitäten (Wärmegefühle, Körpergefühle, die MUNKsche Fühlsphäre) und von unbestimmten Wahrnehmungen (Gefühl, es nähere sich jemand), zur Bezeichnung der Ergebnisse aus dem Unbewußten stammender Schlüsse (Gefühlsdiagnose) und endlich zur Benennung komplizierter Erkenntnisvorgänge, deren Elemente uns nicht recht klar sind (Bekanntheitsgefühl). — Die Ausdrücke „Affekte“ und „Emotionen“ sind in ihrer Anwendung zu beschränkt, umfassen namentlich die einfachen Gefühle von Lust und Unlust nicht.

Zur Affektivität gehören Erscheinungen sowohl auf körperlichem Gebiet wie auf psychischem, die bald als Symptome, bald als Wirkungen derselben aufgefaßt werden.

Sie beeinflußt die Mimik (im weitesten Sinne inklusive Betonung der Rede, Körperhaltung, Muskeltonus), das Gefäßsystem (Erröten, Erblassen, Herzklopfen), alle Sekretionen (Tränen, Speichel, Darm), die ganze Trophik des Körpers.

Umgekehrt ist die Affektivität stark von physischen Einflüssen abhängig (Angst bei Herzleiden, depressive Reizbarkeit bei Magenleiden, Euphorie bei Phthise oder bei Alkoholwirkung, affektive Wirkungen der inneren Sekretionen).

Auf psychischem Gebiet ist zunächst zu erwähnen die nicht beschreibbare subjektive Empfindung von Lust, Unlust, Freude, Trauer, Zorn usw.

Außerdem bestimmt die Affektivität die Richtung unseres Handelns. Wir suchen uns Lust, d. h. lustbetonte Erlebnisse zu verschaffen und sie festzuhalten; Unlust wehren wir ab. Nehmen wir eine Unlust auf uns, so ist es, um eine noch größere abzuwehren oder um eine Lust, die wir höher werten als das übernommene Übel, zu erlangen.

Die Affektivität wirkt bestimmend auf das Handeln auch auf dem Wege über das Denken, das durch sie mehr beeinflußt wird, als man sich gewöhnlich vorstellt, und zwar zunächst inhaltlich auf zwei Weisen:

1. Die einem aktuellen Affekt entsprechenden Assoziationen werden gebahnt, d. h. begünstigt, alle anderen, vor allem die ihm widersprechenden, werden erschwert (Schaltungskraft der Affekte). Daraus folgt a) ein Zwang zur Beschäftigung mit dem gefühlsbetonten Gegenstand (aktuelle gefühlsbetonte Erlebnisse können nur in Ausnahmefällen ignoriert werden und machen unter Umständen geradezu das Denken in anderer Richtung unmöglich). — b) Eine Fälschung der Logik (der Euphorische ist nicht imstande, alle schlimmen Chancen in Berechnung zu ziehen; sie „fallen ihm gar nicht ein“ oder werden doch für die logische Operation außer acht gelassen; seine eigenen Fehler übersieht man).

2. Die Wertigkeit, das logische Gewicht der einem Affekt entsprechenden Ideen wird erhöht, die der für den Affekt irrelevanten und namentlich die der ihm widerstrebenden wird herabgesetzt. Daraus folgt wieder einerseits die Tendenz, sich mit den als wichtig imponierenden Ideen zu beschäftigen, und anderseits eine weitere Alteration der logischen Operationen (der Ängstliche wertet die Gefahren zu hoch, die guten Chancen, so weit er sie überhaupt berücksichtigt, zu niedrig. Der Forscher, dessen

Ehrgeiz an einer von ihm aufgestellten Theorie hängt, findet immer Beweise für dieselbe und ist nicht fähig, die Gegenargumente in ihrem ganzen Gewicht zu würdigen).

Die Affektwirkungen treten ganz anders in die Erscheinung und haben namentlich in der Psychopathologie andere Bedeutung, je nachdem sie durch eine allgemeine Stimmung (Euphorie, Traurigkeit, Angst usw.) veranlaßt werden oder nur von einer einzelnen affektbetonten Idee ausgehen (man kann durchschnittlicher oder beliebiger anderer Stimmung sein und dabei einen Ideenkomplex mit sich herumtragen, der — sei er momentan bewußt oder nicht, ist gleichgültig — mit Angst oder Freude oder Ärger besetzt ist). Es werden dann nicht alle Assoziationen im Sinne dieses die Idee besetzenden Affektes beeinflußt, sondern nur diejenigen, die sich mit den „Komplexen"[1]) irgendwie berühren. Man denkt z. B. in allen andern Beziehungen richtig, in bezug auf jemanden, der uns geärgert hat, oder gar auf eine Geliebte recht einseitig. Alle Komplexe haben in der Regel die Neigung, andere Erlebnisse mit sich in Beziehung zu bringen (der Onanist meint, jeder sehe ihn auf sein Laster hin an) und führen so bei Gesunden und Kranken zu falschen Eigenbeziehungen; ist der Gedanke schwer erträglich, so kann der ganze Komplex mehr oder weniger vom Bewußtsein abgespalten werden, ins Unbewußte versinken, ohne deshalb jedesmal seinen Einfluß auf die Psyche zu verlieren. Diese Wirkungen eines affektbetonten Komplexes nennt man nach Hans W. Maier katathyme.

Der Einfluß der Affektivität auf Handeln und Denken wird verstärkt durch ihre Neigung zur Ausbreitung. Zeitlich überdauern die Affekte den ihnen zugrunde liegenden intellektuellen Vorgang ganz gewöhnlich, und zwar oft sehr lange und sie „irradiieren" außerdem leicht auf andere psychische Erlebnisse, die mit den affektbetonten irgendwie assoziiert sind: der Ort, wo man etwas Schönes erlebt hat, wird geliebt, der unschuldige Überbringer einer schlimmen Botschaft gehaßt; Liebe wird oft von dem ursprünglich Geliebten auf einen anderen „übertragen", der irgendeine Analogie mit dem ersten besitzt, oder auf ein Objekt, einen Brief usw. Es kann auch schon unter normalen Verhältnissen vorkommen, daß der übertragene Affekt sich von der ursprünglichen Idee loslöst, so daß diese gleichgültig erscheint, während die sekundäre den ihr nicht zukommenden Affekt trägt (Verschiebung des Affektes).

Wenn ein bestimmter Affekt anhält, also während einiger Zeit den ganzen Menschen mit allen Erlebnissen beherrscht, spricht man von einer Stimmung oder Stimmungslage. Die Tendenz des einmal aufgetretenen Affektes, bestehen zu bleiben und sich auf andere Erlebnisse zu übertragen, erleichtert das Zustandekommen von dauernden Stimmungen. Diese können aber auch auf physische Ursachen zurückzuführen sein (Alkoholeuphorie, Manie, Melancholie usw.).

Die Affektivität beeinflußt auch formell das Denken: Positive (d. h. lustbetonte) Affekte beschleunigen den Ideengang, negative verlangsamen ihn. Durch die Beschleunigung wird das Denken manchmal auch inhaltlich verändert, oberflächlicher; bei hochgradiger Verlangsamung kommt es überhaupt nie an ein Ziel.

---

[1]) Siehe folgende Seite.

Die Affekte haben große *assoziierende Kraft*. Ein unangenehmer Affekt ekphoriert gern frühere ähnliche Affekte; so kann ein an sich nicht gerade bedeutendes Ereignis eine große affektive Wirkung bekommen, indem die Affekte aus früheren qualitativ ähnlichen, aber viel schlimmeren Situationen wieder auftauchen, und zwar oft ohne daß jene früheren Begebenheiten mit bewußt werden. In anderen Fällen werden zunächst gerade die Erlebnisse wieder in Erinnerung gebracht, und verstärken und modifizieren dann sekundär den ursprünglichen Affekt. Diese Eigenschaften haben in der Pathologie der Neurosen große Bedeutung.

Durch die Hemmung des nicht zu ihnen Gehörigen üben die Affekte auch einen abgrenzenden Einfluß auf die von ihnen betonten Ideenkomplexe aus. Diese Komplexe bilden in manchen Beziehungen ein Ganzes, und zwischen ihnen und der anderen Psyche besteht nicht nur eine *Assoziationsbereitschaft* (s. S. 30) für entsprechend zu verwertende Ideen, sondern auch eine gewisse *Assoziationsfeindschaft* gegenüber allem, was nicht zu ihnen gehört. Sie werden deshalb oft sehr wenig von neuen Erfahrungen beeinflußt und sind der Kritik schwer zugänglich. Ist ihre Affektbetonung eine unangenehme, so werden sie sogar leicht ins Unbewußte *verdrängt*.

Üben solche durch einen Affekt zusammengehaltene Vorstellungsbündel einen andauernden Einfluß auf die Psyche aus, so nennt man sie kurz „Komplexe".

Es kann sich z. B. ein Komplex in bezug auf eine Persönlichkeit bilden, die uns enttäuscht hat, indem nicht nur alles, was mit ihr zusammenhängt, mit den unangenehmen Gefühlen belastet wird, sondern auch an der Assoziationsbereitschaft oder an der Verdrängung teilnimmt, die der Vorstellung dieser Person anhaftet. Die Erinnerung an den Ort, wo sie wohnte, bringt ärgerliche Stimmung und Reaktionsweise hervor; entfernte Vorstellungen, die unter andern Umständen niemals mit der Persönlichkeit assoziiert würden, rufen sie in Erinnerung, oder umgekehrt, der ganze Komplex wird vergessen, verdrängt, so daß man z. B. auch die Namen ihrer Freunde schwer findet. Die häufigsten Komplexe sind mit den Instinkten verbunden, und manche geben sich in der Haltung, in dem ganzen Gebaren zu erkennen. Gefühle der Minderwertigkeit auf irgendeinem Gebiet (Insuffizienzkomplex), die viele Neurosen gestalten helfen, sind besonders wichtig und dann diejenigen mit ambivalenten (S. 92) Gefühlsbetonungen. Solche Komplexe können geradezu eine Art Selbständigkeit bekommen, indem z. B. bestimmte Stimmen eine „Hoheit" repräsentieren, die der Kranke gerne wäre, andere eine Schwäche personifizieren, die ihn am Gelingen seiner Pläne hindert[1]).

Ein intellektueller Vorgang, eine Wahrnehmung, eine Handlung auf einen Reiz, ein Gedanke sind in gewisser Beziehung partielle Funktionen; wir könnten uns denken, daß dabei nur ein Teil des psychischen Organs beteiligt wäre. Demgegenüber sind die affektiven Vorgänge etwas Allgemeineres; sie sind eine Umstimmung der ganzen psychischen Aätigkeit, die in der Schaffung einer einheitlichen Zielstrebigkeit aller pssoziationen, einer allgemeinen Erleichterung oder Bremsung der Tsychischen Vorgänge überhaupt, in Änderung der Blutversorgung

[1]) Vgl. die klassische Selbstschilderung von STAUDENMAIER, Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft m. b. H., 1912.

im Gehirn u. dgl. besteht. Intellektueller und affektiver Vorgang sind zusammengehörige Parallelerscheinungen, sie representieren die lokale und die allgemeine Seite des nämlichen Psychismus. Nichtsdestoweniger können sie sich in der Folge voneinander trennen, so daß jeder einzelne Vorgang für sich verläuft oder sich mit anderen Vorgängen der anderen Reihe vergesellschaftet. Bei der Irradiation verbindet sich ein Affekt mit Vorstellungen, denen er ursprünglich nicht angehört; aber er bleibt noch im Zusammenhang mit der ersten Vorstellung. Er kann sich jedoch auch davon ganz lösen. Wir können uns unter Umständen den Tod eines Lieben, sowohl, wenn er noch aktuell ist, wie auch später in der Erinnerung, klar vorstellen, ohne den entsprechenden Affekt mitzuerleben. Anderseits kann die Trauer an irgendeine an sich gleichgültige Nebenvorstellung geknüpft werden, an die Wahrnehmung des Ortes, wo man den Verstorbenen zuletzt gesehen, an ein Lied. Man weiß dann oft gar nicht, was der Affekt für eine Bedeutung hat. Oder es kann der Affekt sich loslösen von der Vorstellung, zu der er gehört, ohne sich mit einer anderen Vorstellung zu verbinden: es gibt z. B. eine „frei flottierende Angst“, die ursprünglich einer ins Unbewußte verdrängten angstvollen Vorstellung angehörte: man hat dann Angst, weiß aber nicht warum. Eine davon nicht zu unterscheidende Angst kann aber auch aus körperlichen Ursachen entstehen, so bei Zirkulationsstörungen oder bei Melancholie. In beiden Fällen knüpft sie sich unter Umständen sekundär an irgendeine Idee, die an sich gar nicht mit Angst betont sein würde.

Nirgends wie bei den Affekten können wir so deutlich sehen, wie immer die Psyche als Ganzes das Maßgebende ist, und wie die Einzelheiten von Ideen, Begriffen, Affekten, die wir herausheben, nur künstliche Abtrennungen sind. Der Geschmack einer Speise kann sehr angenehm sein, wenn man Hunger hat, sehr unangenehm dem Übersättigten; Musik, die an sich als angenehm beurteilt wird, kann widerwärtig sein, wenn sie nicht zur Stimmung des Hörenden paßt, oder wenn er durch sie gestört wird, oder wenn er gerade recht empfindliche Nerven hat oder melancholisch ist. Eine Ohrfeige macht uns keinen Affekt, wenn sie von einem Geisteskranken kommt; unter anderen Umständen kann sie uns in die größte Wut oder Verzweiflung versetzen. Wenn wir genau zusehen, so müssen wir das verallgemeinern und können sagen, daß wir eigentlich nie auf ein einzelnes Erlebnis, eine Vorstellung mit einem bestimmten Affekt reagieren, sondern daß der Affekt immer nur zu dem ganzen Komplex von Funktionen gehört, die die aktuelle Psyche zusammensetzen.

Die in den Affekten liegende Tendenz zum Handeln wird oft von innen oder von außen für einige Zeit oder dauernd unterdrückt; man kann nicht gleich alles tun, was man gerne möchte. Dann sehen wir ähnliche Vorgänge wie bei einem Reflex, der nicht zur Ausführung kommt, sei es, daß wir ihn willkürlich unterdrücken, oder daß er aus psychischen Gründen nicht ausgeführt werden kann (Wischreflex beim Frosch, dem man das nächste Bein festgebunden hat), oder auch, weil der Reiz noch zu schwach ist oder zu kurz gedauert hat: Die Tendenz zum Handeln kann immer stärker werden und schließlich explosionsartig die Hindernisse überwinden. Man spricht in diesem Sinne von Spannung und Lösung und Abreagieren eines Affektes. Das letztere kann nicht

nur dadurch geschehen, daß die begehrte Handlung wirklich ausgeführt ist, sondern auch, daß man den mimischen Äußerungen des Affektes freien Lauf läßt, indem man jauchzt oder heult oder einen unschuldigen Gegenstand zerschlägt u. dgl. In solchen Fällen verhalten sich die Affekte wie ein Quantum Energie, das in einer Handlung abgeführt, entladen wird.

Affekte, die man nicht abreagieren kann, die man „hinunterwürgt", bleiben bei vielen Menschen in irgendeiner Form beliebig lange als die Psyche beeinflussende Agentien bestehen, auch dann, wenn sie nicht zum Bewußtsein kommen. Und daß sie oft nicht zum Bewußtsein kommen, besorgt der Mechanismus der Verdrängung. Wir haben die Tendenz, Unangenehmes fern zu halten; unangenehm sind uns aber auch die unangenehmen Affekte selbst, sowie die Ideen, an die sie geknüpft sind. So gibt es, entgegen der Tendenz jedes Affektes, sich zur Geltung zu bringen, bei den negativen Affekten eine umgekehrte, sie und die daran geknüpften Erlebnisse zu ignorieren, vom Bewußtsein abzusperren. Abgesperrte Affekte können sich aber trotzdem durch Beeinflussung der Mimik, der Handlungen und namentlich durch Produktion krankhafter Symptome bemerkbar machen.

Worin die Spannung und das Abreagieren besteht, wissen wir nicht; gesichert aber sind die diesen Vorstellungen zugrunde liegenden Tatsachen. Natürlich bilden die wirksam bleibenden abgesperrten Affekte nur eine Minderzahl gegenüber den einfach verschwindenden; aber sie sind die pathologisch Bedeutsameren.

Die Affektivität ist von Mensch zu Mensch und sogar nicht selten beim nämlichen Menschen in seinen verschiedenen Lebensaltern äußerst verschieden. Während jeder Normale eine Katze eine Katze nennen und die nämlichen logischen Gesetze befolgen muß, um mit seinen Nebenmenschen und der Außenwelt überhaupt auszukommen, kann man die Katze lieben oder ein scheußliches Tier finden; die Reaktionsweise des Individuums, die sich ja in erster Linie in der Affektivität ausdrückt, ist nicht an so enge Normen gebunden wie die Logik. Man kann sich deshalb darüber streiten, ob der isolierte Mangel an Gefühlsbetonung moralischer Begriffe als krankhaft anzusehen sei oder nicht.

Durch die Affektivität fast allein wird der Charakter eines Menschen bestimmt. Lebhafte, leicht wechselnde Gefühle machen den Sanguiniker aus, anhaltende und tiefe den Phlegmatiker; wer Begriffe von Gut und Böse nicht mit Lust und Unlust betont oder schwächer betont als egoistische Vorstellungen, „hat einen schlechten Charakter". Neben der Qualität der Reaktionen kommt hier auch die Schnelligkeit und die Kraft der Affekte und damit der Triebe in Betracht. Faulheit, Energie, Betriebsamkeit, Nachlässigkeit stammen aus der Affektivität.

Die Rolle der Affektivität in unserer Psyche ist nach dem Obigen klar. Sie bestimmt die Richtung und Kraft des Handelns, und sie sorgt durch die Nachdauer und Irradiation sowie durch die Beeinflussung der logischen Funktionen dafür, daß dieses Handeln der Einheitlichkeit und des Nachdruckes nicht entbehre. Sie reguliert speziell den Verkehr mit den Nebenmenschen, wobei wichtig ist, daß wir instinktiv beständig die feinsten Affektschwankungen bei diesen auffassen und beantworten.

Das Lustbetonte wird erstrebt; es ist im großen und ganzen das dem Individuum oder dem Genus Nützliche — umgekehrt das Unlustbetonte. Ausnahmen betreffen Erlebnisse, die seltener vorkommen und

deshalb den Bestand des Genus nicht gefährden, oder Vorkommnisse, an die sich anzupassen die Rasse nicht genügend Zeit hatte (der nützliche Tran schmeckt uns unangenehm, der schädliche Alkohol angenehm).

Daß exzessive Affekte schaden können (Erstarren vor Angst, blinde Wut), ist leicht verständlich. Sie sind gegenüber den täglichen und stündlichen Vorkommnissen, in denen z. B. ein ganz leichter Zorn oder eine leichte Angst ein Hindernis überwinden läßt, seltene Ausnahmen, die die Existenz des Genus nicht in Frage stellen können.

Eine unklare Stellung nimmt der körperliche Schmerz ein. Er begleitet destruktive Prozesse im Körper und wird lokalisiert wie eine Körperempfindung. Daneben aber gilt er auch als Gefühl oder Affekt und hat auch ganz diese Bedeutung; er erzwingt die Aufmerksamkeit auf Schädigungen des Körpers und eine energische Abwehr.

h) Die Aufmerksamkeit.

Eine Äußerung der Affektivität ist die Aufmerksamkeit. Sie besteht darin, daß bestimmte Sinnesempfindungen und Ideen, die unser Interesse erregt haben, gebahnt, alle andern gehemmt werden. Machen wir ein wichtiges Experiment, so beachten wir nur das, was dazu gehört, das andere geht spurlos an unseren Sinnen vorüber. Wollen wir uns auf ein Thema konzentrieren, so werden alle entsprechenden Assoziationen zugezogen, die andern ausgeschlossen. Die größere „Klarheit" der Beobachtung und der Gedanken, denen wir die Aufmerksamkeit zuwenden, ist der Ausdruck davon, daß eben alles Dazugehörige beobachtet und gedacht wird, während das nicht Dazugehörige reinlich ausgeschaltet wird. In der Aufmerksamkeit hemmt und bahnt also das „Interesse" genau wie sonst die Affekte die Assoziationen. Je ausgiebiger das gelingt, um so stärker ist die Intensität, die Konzentration; je mehr der notwendigen Assoziationen zugezogen werden, um so größer ist der Umfang der Aufmerksamkeit.

Man unterscheidet ferner: die Tenazität und die Vigilität der Aufmerksamkeit, die sich meist, aber nicht immer, antagonistisch verhalten. Die Tenazität ist die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit dauernd auf einen Gegenstand gerichtet zu halten, die Vigilität diejenige, die Aufmerksamkeit einem neuen Gegenstand (namentlich einem von außen kommenden Reiz) zuzuwenden.

Als Arten der Aufmerksamkeit müssen wir ferner unterscheiden die maximale und die habituelle Aufmerksamkeit. Viele Leute beachten habituell sehr wenig, orientieren sich nicht, wenn sie an einen neuen Ort gehen u. dgl. Werden sie aber veranlaßt, die Aufmerksamkeit maximal anzustrengen, so sind sie dazu ohne Schwierigkeiten oder gar besonders gut imstande.

Wird die Aufmerksamkeit vom Willen aus dirigiert, so nennt man sie aktiv, wird sie durch äußere Vorkommnisse auf sich gezogen, so ist sie passiv. Die maximale Aufmerksamkeit ist natürlich immer eine aktive, während zur habituellen die passive Registrierung der alltäglichen Geschehnisse in der Umwelt gehört.

Der Erfolg der Aufmerksamkeit ist natürlich nicht bloß abhängig vom Affekt, sondern auch von der allgemeinen Disposition der Psyche. Manche (noch nicht näher beschreibbaren) Naturen sind einer starken Konzentration nicht fähig, trotz anscheinend genügend

kräftiger und genügend stabiler Affekte. Ermüdung, Alkoholwirkung und manche pathologischen Zustände hindern Konzentration und Tenazität. Der Umfang ist natürlich auch abhängig von der allgemeinen Assoziationsfähigkeit; er ist also geringer bei wenig intelligenten Leuten.

Das Gegenteil der Aufmerksamkeit ist die Zerstreutheit; sie hat zwei gegensätzliche Formen, indem einerseits der Mangel an Tenazität bei Hypervigilität einen Schüler, der durch jedes Geräusch abgelenkt wird, als zerstreut bezeichnen läßt, während die Hypertenazität und Hypovigilität den zerstreuten Gelehrten charakterisiert.

Zerstreutheit kann auch Folge irgendeines Affektes sein. Daß ein Affekt die Aufmerksamkeit auf etwas Gegenteiliges hindert, ist selbstverständlich (Schüler, der eine Reise vorhat und Aufgaben machen sollte). Namentlich ein ängstlicher Affekt kann aber auch über das Ziel hinausschießen und eine adäquate Überlegung stören: in einer kritischen Situation versagt die Aufmerksamkeit gern; es fehlt meist ganz die Konzentrationsfähigkeit, häufig die Tenazität, man schweift vom einzelnen Gedanken immer ab oder wird, wie der Schüler, der sich ängstlich bemüht, seinen Aufsatz fertig zu bringen, von jeder Fliege abgelenkt. Oft aber erscheint die Tenazität zu groß, eine einzige Vorstellung hat den Menschen in Besitz genommen.

Ein der Aufmerksamkeit ganz analoger Vorgang, eine Art unbewußter Dauereinstellung derselben, ist die Assoziationsbereitschaft. Wenn uns etwas affektiv beschäftigt, so erinnern uns die verschiedensten Erlebnisse daran; alle möglichen Ideen finden assoziative Zusammenhänge mit dieser Idee, auch wenn sie aktuell gar nicht gedacht ist. Wer eingesteckt zu werden fürchtet, erschrickt leicht vor jedem, der irgendwie an einen Detektiv erinnern könnte usw. Die Assoziationsbereitschaft kann auch wie die Aufmerksamkeit absichtlich auf bestimmte Dinge eingestellt werden: ich suche etwas in einem Buche, interessiere mich aber für viele andere Dinge, die darin stehen, und überlasse mich der andern Lektüre. Sobald ich aber auf den Passus komme, auf den ich mich eingestellt hatte, oder auch nur auf etwas Ähnliches, assoziiere ich es an mein Vorhaben.

Auch die bloße Gewohnheit kann eine Art Assoziationsbereitschaft schaffen, wenn auch in einem etwas anderen Sinne: Wer gerade viel Korrekturen zu lesen hat, wird auch in anderer Lektüre leicht durch die Druckfehler verfolgt.

Die Assoziationsbereitschaft führt auch bei Gesunden oft zu Täuschungen, die Wahnideen recht ähnlich sehen, so bei dem Mann mit dem schlechten Gewissen, der sich nun überall verfolgt glaubt.

Es gibt auch eine negative Einstellung der Aufmerksamkeit, die in der Pathologie eine wichtige Rolle spielt. Man will — meist unbewußt — bestimmte Dinge nicht beachten, bei Überlegungen nicht in Betracht ziehen, die Assoziationsfeindschaft macht sich auch in der Aufmerksamkeit geltend.

i) Die Suggestion.

Nicht nur das Individuum mit seinen verschiedenen Strebungen, noch mehr eine Gemeinschaft von Individuen bedarf der Einheitlichkeit des Handelns. Auch die soziallebenden Tiere sind nun offenbar nicht fähig, sich Mitteilungen vorwiegend intellektuellen Inhaltes zu machen,

Sie haben sich hauptsächlich die Annäherung von Beute oder von Gefahren anzuzeigen, und das geschieht, wie die Beobachtung erweist, im wesentlichen durch Affektäußerungen, die bei den Genossen wieder die gleichen Affekte hervorrufen. Durch die Flucht- oder Angriffsbewegung des zuerst vom Affekt ergriffenen Tieres wird den andern die Richtung der Beute oder der Gefahr gewiesen. Das genügt vollständig für die meisten Verhältnisse.

Diese affektive Suggestibilität ist auch beim Menschen trotz seiner immer mehr auf intellektuelle Bedürfnisse hin entwickelten Sprache noch vollständig vorhanden. Schon der Säugling reagiert in entsprechender Weise auf Affektäußerungen, der Erwachsene kann unter Traurigen nicht munter bleiben, nicht wegen der der Trauer zugrunde liegenden Vorstellungen, sondern wegen der wahrgenommenen Affektäußerungen. Daß neben dem Affekt leicht auch die Ideen, zu denen er gehört, mitsuggeriert werden, versteht sich bei der engen assoziativen Verbindung zwischen beiden und bei der Beeinflussung der Logik durch den Affekt von selbst, ganz abgesehen davon, daß es wohl im Zweck der Einrichtung liegt, auch die Ideen zu übertragen. Ideen ohne begleitenden Affekt wirken nicht suggestiv[1]). Bei der bewußten Suggestion kommt allerdings statt eines einheitlichen Affektes meist ein Affektpaar in Betracht: Beim Suggestor der des Dominierens, beim Suggerierten der des Dominiertwerdens oder Sichhingebens. Identische und ähnliche reziproke Affektverhältnisse haben wir indes auch bei natürlichen Suggestionen, ja schon bei Tieren: Bei zwei Feinden hebt Angst des einen den Mut des andern und umgekehrt.

Der Suggestion zugänglich sind nicht nur Gedanken, sondern auch Wahrnehmungen (suggerierte Halluzinationen) und alle vom Gehirn (i. e. den Affekten) kontrollierten Funktionen (glatte Muskulatur, Herz, Drüsen usw.): ihr Einfluß geht also viel weiter als der des bewußten Willens, deckt sich aber mit dem der Affekte.

Doch kommt auch beim Menschen der Einzelsuggestion im gewöhnlichen Leben keine große Bedeutung zu; unendlich wichtiger ist die Massensuggestion, der sich auch der Intelligenteste nie ganz entziehen kann. Die Leitung der Massen in politischen und religiösen Bewegungen geschieht im wesentlichen durch Suggestion, nicht durch logische Überredung, oft sogar der Logik entgegen.

Die Suggestion hat für eine Gemeinschaft die nämliche Bedeutung wie der Affekt für den einzelnen: sie sorgt für eine einheitliche Strebung und für deren Kraft und Nachhaltigkeit.

Einen ganz ähnlichen Einfluß wie die eigentliche Suggestion können die einfache Gewöhnung, sowie das Beispiel ausüben. Man tut, was man gewohnt ist, ohne weiteren Grund, man tut gerne wie andere Leute, ohne dabei viel zu denken oder zu fühlen, wobei allerdings die Suggestion, namentlich die Massensuggestion, leicht mitwirkt. Die Gewöhnung erscheint, von einer anderen Seite betrachtet, auch in der Gestalt der PAWLOWschen Assoziationsreflexe (bedingte Reflexe), bei denen z. B. dadurch Speichelsekretion an das Erklingen eines bestimmten

[1]) Es kann aber auch der Affekt bloß bei dem Suggerierten vorhanden sein, indem eine an sich gleichgültige Bemerkung einen affektbetonten Komplex trifft: ein unheilbar Kranker hört von einer Wunderkur in gleichgültigem oder sogar abschätzigem Tone reden und begeistert sich sofort dafür, sie selbst zu versuchen.

Tones geknüpft wird, daß man den Ton einige Male mit dem Futterreichen zeitlich zusammenfallen ließ. Diese Mechanismen sind theoretisch scharf von der Suggestion zu trennen, obgleich sie sich in der Wirklichkeit oft mit ihr vermischen.

Man spricht auch von Autosuggestion, womit aber nichts als die Wirkungen der Affektivität auf die eigene Logik und Körperfunktion bezeichnet wird. Sie spielt in der Pathologie eine größere Rolle.

Die Suggestibilität ist künstlich erhöht in den Zuständen der Hypnose, die selbst durch Suggestion erzeugt werden. In der Hypnose werden die Assoziationen so beschränkt, daß nur das wahrgenommen und gedacht wird, was in der Absicht des Suggestors liegt, soweit die Versuchsperson sie versteht. Dafür sind die gewollten Assoziationen viel mehr in der Gewalt der Psyche als sonst. Der Hypnotisierte errät unendlich viel besser, was man von ihm erwartet, als der Normale; er kann Sinneseindrücke verwerten, die für ihn im gewöhnlichen Zustande viel zu schwach wären, er kann sich Dinge so intensiv vorstellen, daß er sie halluziniert, und anderseits wirkliche Sinneseindrücke ganz von der Psyche absperren („negative Halluzinationen"); er hat Erinnerungen zur Verfügung, von denen er sonst nichts weiß; er beherrscht auch die vegetativen Funktionen wie die Herztätigkeit, die Vasomotoren, die Darmbewegung oft in auffallender Weise. Alle diese Vorgänge können auch beliebig lange über die Zeit der Hypnose hinaus andauern (posthypnotische Wirkungen).

Der positiven Suggestibilität steht die negative gegenüber. Wie wir einen Trieb haben, den Anregungen anderer zu folgen, so haben wir einen ebenso primären Trieb, nicht zu folgen oder das Gegenteil zu tun. Bei Kindern in gewissem Alter zeigt sich diese negative Suggestibilität oft ganz rein. Wir sehen sie überhaupt namentlich deutlich bei den Leuten, die eine starke positive Suggestibilität haben, wohl einesteils, weil beide Arten der Suggestibilität zwei Seiten der nämlichen Eigenschaft sind, dann aber wohl auch, weil man um so mehr des Schutzes durch die negative Suggestibilität bedürftig ist, je mehr man Gefahr läuft, der positiven zum Opfer zu fallen. Das Auftauchen negativer Triebe neben den positiven ist von größter Wichtigkeit; es verhindert, daß wir zu leicht zum Spielball der Suggestionen werden, schützt namentlich das Kind vor einem Übermaß von Einflüssen, zwingt den Erwachsenen zum Überlegen und ermöglicht auf jeder Altersstufe die Selbstbehauptung.

k) Glaube, Mythologie, Poesie, Philosophie.

Enge Beziehungen zur Suggestion hat der Glaube. Das Wort glauben hat zwei Bedeutungen: „Etwas für wahr halten ohne logischen Beweis", und „etwas für wahrscheinlich halten". Wir reden hier nur vom ersteren Begriff.

Die großen Glaubensformen in Religion, Politik, Standesansichten, Ästhetik usw. werden fast nur durch Suggestion erhalten. Ihr ist vor allem die Einheitlichkeit in den Formen und Einzelheiten und namentlich auch die bewegende Kraft des Glaubens zu verdanken. Die Entstehung des Glaubens geht immer nach den Gesetzen der affektiven Gedankensteuerung vor sich. Die einzelnen großen Glaubensformen sind geradezu die Befriedigung allgemeiner affektiver Bedürfnisse, sind deswegen so leicht suggerierbar und haben deswegen eine so große Kraft, daß man sich gerade für diese Ideen ohne logischen Wahrheitswert am meisten einsetzt. Wir möchten wissen, daß nach dem Tode etwas kommt, möchten das Schicksal beeinflussen. Ebenso möchte der beatus possidens seine Stellung dem Elend gegenüber moralisch begründen; der Kranke will gesund werden und glaubt dem Pfuscher.

Man macht einen Unterschied zwischen Glaube und Aberglaube. Psychologisch ist beides identisch. Der Unterschied liegt hauptsächlich in der Wertung, für die man verschiedene Maßstäbe hat. Krankhaft wird der Glaube dann, wenn er die Psyche viel zu viel beherrscht und allzusehr in Widerspruch mit den logischen Fähigkeiten und eventuell den Anschauungen des Individuums steht. Doch möchte ich bloß daraus keine Diagnose machen ohne Zuhilfenahme anderer Anhaltspunkte.

Dem nämlichen Bedürfnis entspricht die Poesie inklusive Mythologie, nur macht die erstere keinen Anspruch auf direkten Wahrheitswert, so wenig wie die Tagträume der Gesunden. Wenig verschieden davon ist die Philosophie, soweit sie wirklich reine Philosophie ist (unter diesem Namen werden allerdings noch eigentliche Wissenschaften getrieben, wie die Ableitung der logischen und ästhetischen Gesetze, die Erkenntnistheorie u. dgl.). Die Subjektivität der Philosophie ergibt sich vielleicht am einleuchtendsten aus den jedermann geläufigen Erklärungen der optimistischen oder pessimistischen Grundanschauungen durch den Charakter der einzelnen Philosophen.

l) Das autistische Denken[1].

Während das Denken, wie es gewöhnlich beschrieben ist, das logische, realistische Denken, eine möglichst genaue oder analoge Wiederholung von Vorstellungen ist, wie die Außenwelt sie bietet, gibt es noch ein anderes Denken, das in erster Linie von den Affekten dirigiert wird und sich um die Realität nicht kümmert, das autistische Denken: Das Kind und manchmal auch der Erwachsene träumen sich am Tage als Held oder Erfinder oder sonst etwas Großes; im Schlaftraum kann man sich die unmöglichsten Wünsche auf die abenteuerlichste Art erfüllen; der schizophrene Taglöhner heiratet in seinen halluzinatorischen Erlebnissen eine Prinzessin. Natürlich hat auch hier die Wirklichkeit ihr Material zu der Wunscherfüllung geben müssen: Man kann nicht eine Prinzessin heiraten wollen, wenn man nicht irgendwie die Vorstellung von Prinzessin und Heirat gewonnen hat; aber der Autismus verfügt im übrigen ganz frei und unabhängig von allen Möglichkeiten und allen logischen Gesetzen über das Gebotene, dabei von der Wirklichkeit nicht nur ignorierend, sondern aktiv abspaltend, was ihm nicht paßt: Der Tagelöhner ist eben nicht mehr der Tagelöhner, sondern der Herrscher der Welt. Dabei kann die Mischung von Denkbarem und Unsinnigem eine beliebige sein; Traum und schizophrene Wahngebilde sind oft lauter Unsinn, unsere Tagesphantasien ignorieren ein paar Unmöglichkeiten, sind aber im übrigen der Wirklichkeit nachgebildet.

Die Beispiele deuten an, wie die Affekte das autistische Denken leiten. Daneben aber laufen alle möglichen anderen Ideenverbindungen teils im Dienste der affektiven Tendenz, teils anscheinend selbständig, jedenfalls aber ohne Rücksicht auf logische Möglichkeit und Realität. Hasen und Eier haben den zufälligen Kontakt, daß sie als Symbole der Fruchtbarkeit der Ostara heilig sind; so kann die Mythologie den Osterhasen Eier legen lassen. Der Kranke findet eine *Lein*faser in der Suppe; das beweist seine Beziehungen zu Fräulein Feuer*lein*.

In den besonneneren Formen des autistischen Denkens, vor allem in den Tagträumen, spielen solche absurde Denkverbindungen nur selten mit, um so mehr aber im Traum, in der Schizophrenie und zum Teil auch in der Mythologie, wo z. B. eine Gottheit sich selbst gebären kann. In diesen

[1] Bleuler, Das autistische Denken, Jahrbuch f. psychoanalytische Forschungen, Bd. 4, 1912. Deuticke, Wien.

Formen geht der Autismus bis zur Auflösung der gewöhnlichsten Begriffe: die Diana von Ephesus ist nicht die Diana von Athen; Apollo wird in mehrere Persönlichkeiten gespalten, in eine sengende und tötende, eine befruchtende, eine künstlerische, ja, obgleich er für gewöhnlich ein Mann ist, kann er auch eine Frau sein. Der eingesperrte Schizophrene fordert Schadenersatz in einer Summe, die in Gold trillionenmal die Masse unseres ganzen Sonnensystems übersteigen würde; eine Paranoide *ist* die freie Schweiz, weil sie frei sein sollte; sie *ist* die Kraniche des Ibykus, weil sie sich ohne Schuld und Fehle fühlt. Auch sonst werden Symbole wie Wirklichkeiten behandelt, verschiedene Begriffe werden zu einem einzigen „verdichtet" (die im Traum der Gesunden erscheinenden Personen tragen meistens Züge mehrerer Bekannten).

Außer den affektiven Bedürfnissen mögen auch intellektuelle im autistischen Denken erfüllt werden, worüber wir aber noch recht wenig wissen; so, wenn der Sonne, die über den Himmel wandert, in der Mythologie und in der Schizophrenie Füße zugeschrieben werden, oder wenn sie in einem Wagen fährt.

Das autistische Denken erfüllt in der Religion unsere Sehnsucht nach ewigem Leben, nach Gerechtigkeit und Lust ohne Leid; es macht den spielenden Knaben zum General, das Mädchen mit seiner Puppe zur glücklichen Mutter; es gibt im Märchen und in der Poesie allen unseren Komplexen Ausdruck; es verwandelt körperliche Angst in den Schrecken eines Traumes, das Scheitern von Aspirationen in den Verfolgungswahn. Dem wachen Gesunden dient es als Denk- und Phantasieübung, als Spiel, dem Träumenden zum Ausdruck seiner geheimsten Wünsche und Befürchtungen, dem Kranken schafft es eine Realität, die für ihn realer ist als das, was wir Wirklichkeit nennen.

m) Die Persönlichkeit, das Ich.

Die meisten unserer psychischen Funktionen haben eine Kontinuität, indem die Erlebnisse durch das Gedächtnis untereinander verbunden werden, und indem sie an einen besonders festen und beständig vorhandenen Komplex von Erinnerungsbildern und Vorstellungen, das Ich, die Persönlichkeit, anknüpfen. Das Ich besteht genau genommen aus den Engrammen aller unserer Erlebnisse plus den aktuellen Psychismen. Darunter ist natürlich nicht bloß das passive Erfahren, sondern auch all unser früheres und jetziges Wollen und Streben zu verstehen, so daß das Ich eigentlich unsere ganze Vergangenheit in äußerst abgekürzter Weise zusammenfassen würde. Doch sind nicht alle diese Bestandteile gleichwertig; die meisten treten in einem gegebenen Augenblick zurück bis zur vollständigen Unwirksamkeit (sind also nicht ekphoriert), andere sind gewöhnlich oder immer da. Die Zusammensetzung des Ich aus den einzelnen Erinnerungsbildern mag verglichen werden derjenigen des „Publikums" eines bestimmten Lokales, dessen einzelne Besucher beliebig wechseln können; manche sind beständig da, andere oft, und wieder andere sind nur einzelne Male erschienen. Daß ich Quadratwurzeln ausziehen gelernt habe, wird bei meiner jetzigen Tätigkeit meist vollständig latent sein. Gewisse Vorstellungen aber: wer man ist, was man gewesen und jetzt ist, was man im Leben anstrebt, müssen beständig mehr oder weniger klar da sein; sie gehören zur Direktive unseres täglichen Handelns. Daß der Student zu einer bestimmten Zeit ins Kolleg

geht, wird nicht bloß dirigiert durch die Vorstellung der Stunde und des Stundenplanes, sondern unter anderem auch durch die des Studierenwollens und des Punktes, auf den das Studium gerade gekommen.

So ist die Persönlichkeit nichts Unwandelbares. In ihren Vorstellungsbestandteilen verändert sie sich beständig nach momentanen Zielen, aber auch nach den Erfahrungen. Fast noch mehr unterscheiden sich die Strebungen des Mannes von denen des Kindes, und die Lebensschicksale, wie von innen heraus bedingte Verstimmungen und sogar toxische Einflüsse (Alkohol) können innerhalb kürzester Frist den affektiven Teil der Persönlichkeit, der in mancher Hinsicht der wichtigere ist, vollständig umgestalten. Im Traum kann sie ähnlich wie in schweren Psychosen zerbröckeln; einzelne Teile fallen weg, dafür werden ihr ganz fremde angenommen. Der sonst anspruchslose Träumer kann sich als König David fühlen, der sanfte einen Mord begehen, der hartherzige in Wohltaten schwelgen.

Der Person schreibt man oft noch ein besonderes Persönlichkeitsbewußtsein oder ein „Selbstbewußtsein"[1]) zu. In den beiden Ausdrücken liegen zweierlei Vorstellungen, die eine ist die der Kontinuität der Person — das Ich eines normalen Menschen fühlt sich während des ganzen Lebens als das nämliche — und die andere die der Heraushebung und der Unterscheidung von der Umgebung und namentlich von den anderen Menschen. Man meinte, das Kind habe kein Selbstbewußtsein: man führte als Beweis an, daß es seine Person nicht richtig unterscheidet, daß es von sich in der dritten Person spricht. Das sind Täuschungen. Das Kind unterscheidet sich im Prinzip von allem andern und auch den andern Menschen so gut wie der Erwachsene; wenn es von sich in der dritten Person spricht, so hat das selbstverständliche Gründe, die in der Art liegen, wie ihm die Sprache beigebracht wird.

n) Die zentrifugalen Funktionen.

Dem „Zweck" der psychischen Apparatur gemäß, sich, resp. das Genus, zu behaupten, die Umgebung zu benutzen oder abzuwehren, muß in jedem Psychismus eine Tendenz zu reagieren, eine Strebung, stecken. Diese kommt beim komplizierteren Geschöpf in der Affektivität zum Ausdruck. Nimmt man etwas Schönes wahr, so möchte man es genießen, das Unangenehme möchte man abwehren. Daneben haben wir eine Anzahl von Strebungen, die ohne äußeren Anlaß zur Wirkung kommen: Lebenstrieb, Betätigungstrieb, Trieb, sich zur Geltung zu bringen, Wissenstrieb usw. Auch bei diesen ist die Affektivität das Maßgebende, indem die Betätigung im Sinne dieser Strebungen mit Lust verbunden ist (die Instinkte der Tiere sind offenbar das nämliche). Eine prinzipielle Grenze zwischen beiden Strebungsarten existiert überhaupt nicht. Deutliche Übergänge bilden diejenigen Triebe, wo innere Empfindungen (Hunger, Sexualspannung) sich der von außen angeregten Strebung beimischen.

Bei der Unzahl von Strebungen und von erregenden Erlebnissen müssen oft Konflikte und Hemmungen entstehen. Man möchte ausruhen und möchte Wasser trinken, das am Brunnen zu holen ist; man

[1]) Der Ausdruck „Selbstbewußtsein" hat in der vulgären Psychologie einen guten Sinn: Einschätzung seiner selbst.

möchte tugendhaft sein und die Sexualspannung los werden. Man kann überhaupt schon aus physischen Gründen nicht viel zu gleicher Zeit tun. Die hemmende Einwirkung von entgegengesetzten Trieben aufeinander ist wieder nur ein Spezialfall des allgemeinen Gesetzes, daß zentrale Funktionen, die nicht ein ähnliches Ziel haben, einander hemmen. Sind nun beide Triebe nicht allzu verschieden stark, so entsteht ein Wettstreit, wobei in der „Überlegung", in der „Wahl zwischen Gut und Böse", jeder Trieb an intellektuellem und affektivem Material das ihm gleichsinnige — und unter Umständen im Sinne der negativen Suggestion auch das konträre — assoziativ herbeizieht. So entstehen verschiedene Funktionskomplexe, die als Ganzes wirken, und von denen schließlich der eine sich zur Geltung bringt und die Schaltung so stellt, daß der andere „unterdrückt" ist. Das nennen wir den Entschluß, den Willensakt.

Wir sehen also den „Willen" durchaus abhängig von den Affekten. und zwar nicht nur in seiner Richtung, sondern auch quantitativ. Ein kräftiger Wille ist bei dem vorhanden, der energische und nicht auf jeden Anstoß wechselnde Gefühle hat. Unter einem schwachen Willen verstehen wir ganz verschiedene Dinge: einerseits den Menschen mit schwachen Affekten, der keine Triebe hat; anderseits aber auch den Menschen mit lebhaften Affekten, wenn diese labil sind, d. h. bei jedem Anlaß umgestimmt werden; das sind die Leute, die mit den guten Vorsätzen den Weg zur Hölle pflastern und die, die mit den Wölfen heulen.

Die an anderen Orten so lebhaft ventilierte Frage, ob es einen „freien Willen" gebe in dem Sinne, daß ohne Ursache die Entscheidung getroffen werden könne, besteht für die Naturwissenschaft nicht. Wir sehen, daß die Handlungen der belebten Geschöpfe durch die innere Organisation und die darauf einwirkenden äußeren Einflüsse genau so determiniert sind wie irgendein anderes Geschehen. Es gibt keinen Entschluß, der nicht seine volle kausale Begründung in Motiven und Strebungen hätte; Motive und Strebungen aber sind entweder ein Komplex nervöser Funktionen, der den gewöhnlichen psychischen Kausalgesetzen unterworfen ist, oder dann etwas diesen nervösen Vorgängen Analoges, von physischen wie von psychischen Ursachen Abhängiges. „Motive" sind komplizierte Ursachen. Und da wir diese Motive nicht nur von außen sehen, wie die Ursachen der physischen Welt, sondern auch von innen bei uns, und da wir aus Analogie auf ähnliche Vorkommnisse bei andern schließen können, sind wir fähig, kompliziertes psychisches Geschehen in vielen Beziehungen besser zu verstehen und vorauszuberechnen als manches physische, das an Komplikation unserer Psyche noch lange nicht gleichkommt. Die Wissenschaft ist also deterministisch (auch dann, wenn sie es nicht ganz eingesteht). Wir nehmen zwar an, daß einer schlecht handelt, „weil er ein schlechter Kerl ist", aber wir wissen auch, daß er seine Organisation nicht selbst ausgewählt, sondern daß er sie ererbt mit auf die Welt bekommen hat, oder daß sie durch irgendwelche Einflüsse auf das Gehirn umgestaltet worden ist.

Trotzdem ist die subjektive Empfindung, in seinen Entschließungen frei zu sein, keine Täuschung im eigentlichen Sinne. Unser Handeln ist der Ausfluß unserer eigenen Strebungen; da von diesen manche sich widersprechen, geht die Reaktion ganz wie wir es fühlen, in der Richtung unseres stärksten Triebes. Der Willensakt ist also im Einklang mit den momentanen Zielen der Gesamtpsyche oder, anders ausgedrückt, mit der Persönlichkeit, dem Komplex, der alle Strebungen umfaßt und in dem sie eine Resultante bilden können. Wir tun was wir wollen, weil wir wollen, was wir tun.

Der Streit um die Willensauffassung ist ein hübsches Beispiel für die Macht der Gefühle. Wissenschaftlich betrachtet ist der Determinismus die einzig mögliche Auffassung: Man hält aber am Indeterminismus, den man nicht einmal klar zu Ende denken kann, fest, der Moralist, weil er fälschlich seine Ethik darauf gegründet hat, der Theologe, weil er trotz des Widerspruches mit Gottes Allmacht sie für seine aktuellen Vorstellungen braucht, der Jurist, weil er glaubt, daß sonst seine

Gesetze, namentlich das Strafgesetz, ins Wanken kämen. In Wirklichkeit ist es praktisch ganz gleichgültig, auf welchem Standpunkt man stehe. Das Strafgesetz z. B. brauchte bei deterministischer Voraussetzung keine einzige seiner Bestimmungen, sondern nur ein paar Ausdrücke zu ändern.

Unter den Trieben des Menschen ist der Nahrungstrieb, ein Teil des Selbsterhaltungstriebes, in unseren Verhältnissen stark denaturiert und nicht leicht zu studieren. Klar ist uns aber noch der Geschlechtstrieb. Er zeigt uns, wie uns Lust- und Unlusttendenzen zu Handlungen treiben, deren natürlicher Zweck (hier die Erhaltung der Art) uns unerwünscht sein kann oder gar nicht bewußt wird (letzteres z. B. bei der Wahl der Kleidung und den meisten anderen Vorbereitungshandlungen zur Annäherung der Geschlechter).

Bei jedem in Gesellschaft lebenden Wesen sind die ethischen Triebe von besonderer Wichtigkeit. Sie erhalten die Gemeinschaft, sind deshalb oft im Widerspruch mit den Interessen des Individuums und haben eine Menge von Berührungspunkten mit der Sexualität. Es ist aber ebenso falsch, den Anschein zu erwecken, wie wenn es nur eine sexuelle Ethik gäbe, wie es unrichtig ist, „sich ausleben" und die sexuellen Schranken, die ursprünglich in der Natur begründet sind, einfach ignorieren zu wollen. Immerhin ist es sicher, daß die bisherige sexuelle Ethik den Ansprüchen der modernen Kultur nicht angepaßt ist, ja, daß unsere Gesellschaftsform einerseits und der alte Sexualtrieb anderseits oft miteinander in nicht einmal theoretisch zu lösendem Widerspruch stehen. Dadurch werden Konflikte geschaffen, die nicht nur sozial, sondern auch medizinisch von größter Wichtigkeit sind.

Andere Bedeutungen des Wortes „Trieb" siehe am Schlusse des psychopathologischen Teiles.

Die weiteren zentrifugalen Funktionen, die „Psychomotilität" und die „Motilität" übergehen wir als selbstverständlich.

B. Allgemeine Psychopathologie.

Die Symptome psychischer Erkrankung sind unendlich mannigfaltig, so daß schon deshalb ein gewisses Schematisieren und eine Auslese des Wichtigsten nicht zu umgehen ist. Es kommt noch hinzu, daß äußerlich gleiche Erscheinungen je nach der psychischen Umgebung und der Genese ganz verschiedene Bedeutung haben können, und außerdem ist viel mehr als in der Körperpathologie jedes Symptom eigentlich nur eine herausgegriffene Seite eines allgemeineren Vorganges. Was wir z. B. auf dem Gebiet der Assoziationen beschreiben, ist nicht eine bloße Assoziationserkrankung, sondern eine allgemeine psychische Störung, von der wir eine Seite, eben die die Assoziationen betreffende, herausgreifen.

Zum wissenschaftlichen Studium der Psychosen ist es notwendig, primäre und sekundäre Symptome zu unterscheiden. Eine Abduzenslähmung ist ein primäres Symptom; die darauf folgende Internuskontraktur und die Doppelbilder sind sekundäre Symptome. Eine gewisse Störung der Denkfunktion bei der Dementia praecox ist ein primäres Symptom; der darauf unter dem Einfluß eines unangenehmen Erlebnisses entstehende Dämmerzustand ist ein sekundäres. Wenn ein Paranoiker ein gleichgültiges Erlebnis im Sinne seines Beziehungswahnes auffaßt, so ist das in gewisser Beziehung ein primäres Symptom; die darauf folgende an sich normale Reaktion in Form eines Geschimpfes ist ein sekundäres. Das letztere Beispiel zeigt zugleich, daß die Begriffe relative sind, indem eigentlich von einer Grundstörung oft eine ganze Ursachenkette ausgeht; denn der Beziehungswahn ist im speziellen Falle auch schon ein abgeleitetes Symptom.

Bei manchen Krankheiten hat es einen Wert, unter den Symptomen Grundsymptome und akzessorische zu unterscheiden. Die ersteren kommen in jedem dieser Fälle vor, sobald die Krankheit eine gewisse Höhe erreicht hat; man muß also annehmen, daß sie in nuce auch da vorhanden seien, wo wir sie noch nicht sehen können; sie hätten dann nur die diagnostische Schwelle wegen ungenügender Intensität noch nicht überschritten. Dahin gehören der „organische Symptomenkomplex“ bei den Organischen, die Assoziations- und Affektstörung bei den Schizophrenen. Die akzessorischen Symptome, wie z. B. die Halluzinationen und Wahnideen bei Organischen, Schizophrenen und Manisch-depressiven, können fehlen oder zu beliebigen Zeiten und in beliebigen Kombinationen auftreten und verschwinden.

1. Störungen der zentripetalen Funktionen.

Die zentripetalen Funktionen können gestört sein durch Erkrankung der peripheren zuleitenden oder der zentralen aufnehmenden Organe. Unter den letzteren denkt man sich sowohl die zentralen Sinnesflächen wie auch die Gesamtrinde als den Träger der Psyche. Die Störungen in den zuleitenden Organen können natürlich nur Empfindungsstörungen sein, diejenigen in der Rinde (resp. der Psyche), fast nur Störungen der Wahrnehmung und der sich daran knüpfenden ersten Verarbeitung (Auffassung).

Störungen der Sinnesorgane.

Erkrankungen der Sinnesorgane kommen teils als zufällige Komplikationen, teils als Symptome einzelner Psychosen (z. B. der Paralyse) vor. Sie sind im ganzen in der Psychopathologie nicht wichtig; doch können periphere Reizzustände gelegentlich dadurch Bedeutung erhalten, daß sie auf einem noch nicht bekannten Wege Halluzinationen auslösen, oder daß der Geisteskranke den pathologischen Ursprung der Parästhesien nicht zu erkennen vermag und Ohrenläuten für Glockenklang hält oder — am häufigsten — die falschen Empfindungen in illusionistischem Sinne umdeutet, Ohrenrauschen für heranbrausendes Wasser oder für Worte hält, retinitische Schatten und Helligkeiten als Tiervisionen, Nervenschmerzen als Verletzungen des Körpers auslegt.

Schwäche der Sinnesorgane beeinflußt die Psyche in der Entwicklung und auch nachher. Starke Kurzsichtigkeit kann zu Mangel an Übersicht oder zu Rücksichtslosigkeiten bestimmter Art führen. Man will in der Kleinmalerei der Dichterin Annette von Droste die Folge ihrer Myopie sehen. Volle Blindheit beeinflußt natürlich das subjektive Weltbild, das beim Gesunden in erster Linie optisch ist, in hohem Maße, alteriert aber die Psyche in ihren Beziehungen zu den Menschen sehr wenig.

Ganz anders die Taubheit und Schwerhörigkeit. Wir nehmen (außer im modernen Taubstummenunterricht) die ganzen Kulturerrungenschaften früherer Geschlechter direkt oder indirekt (die Schrift setzt die Sprache voraus) durch das Gehör auf, und unser ganzes Verhältnis zur menschlichen Umgebung wird durch die Sprache reguliert. Der Taube bleibt also ohne besonderen Unterricht, auch wenn er intelligent ist, in den wichtigsten Beziehungen ein geistiger Krüppel, und da er das Verhalten der Umgebung nicht richtig einschätzen kann, wird er reizbar, zornmütig und mißtrauisch. Auch erworbene Schwerhörigkeit

verändert den Geist in diesen beiden Richtungen, wobei das Mißtrauen am häufigsten auffällt und sich sogar bis zu Wahnideen steigern kann.

Zentrale Störungen der Empfindungen und Wahrnehmungen.

Durch psychotische Vorgänge werden die **Empfindungen** selten gestört. Bei melancholischen und neurotischen Zuständen treffen wir manchmal auf eine mehr oder weniger allgemeine Hyperästhesie, so daß die Kranken nicht nur unter alltäglichen Sinnesreizen schwer leiden, sondern auch die Reize falsch deuten, indem ihnen ein schwaches Licht wie ein sehr helles erscheint, das Klopfen an die Türe als Schießen, das Geräusch eines kleinen Springbrunnens wie das Zischen des aus einer Lokomotive ausströmenden Dampfes. Hysterische und Hypnotisierte können unter Umständen minimale Sinneseindrücke verwerten, wie sie ein Normaler gar nicht wahrnimmt.

Auch Hyperalgesie kommt in den nämlichen Zuständen und außerdem infolge organischer Prozesse im Nervensystem vor.

Die nicht so seltene Hypalgesie und Analgesie ist meist zentral bedingt und hat einige ganz verschiedene Typen.

1. Im Koma epileptischer und anderer Anfälle fehlt, wie man annimmt, das Bewußtsein; es kann also Schmerz ebensowenig wie etwas anderes wahrgenommen werden. Im Sopor ist die Empfindungsschwelle allgemein erhöht und auch der empfundene Reiz wird schwächer taxiert als normal.

2. Bei starken Affekten kann die Aufmerksamkeit so einseitig sein, daß man auch den heftigsten Schmerz nicht empfindet (der Offizier mag erst bemerken, daß sein Arm zerschossen ist, wenn er den Säbel schwingen will). So verletzen sich Manische im Eifer häufig, ohne es zu merken. Ist aber ihre Aufmerksamkeit, z. B. bei einer kleinen Operation, auf den Schmerz gelenkt, so sind sie sehr wehleidig. — Hierher gehört vielleicht auch die oft vollständige Analgesie der Alkoholdeliranten.

3. Hysterische Mechanismen können die Schmerzempfindung ganz oder an begrenzten Körperteilen absperren (Hexenschlaf)[1]. Die Kranken verletzen sich aber im Gegensatz zu den medullären Analgetikern deshalb doch nicht, da die Empfindungen nur von dem bewußten Ich abgesperrt sind, aber in der unbewußten Orientierung doch verwertet werden.

4. Merkwürdig ist die Analgesie mancher Katatoniker, die den ganzen Körper betreffen und absolut sein kann, so daß sich die Kranken mit oder ohne Absicht die schwersten Verletzungen beibringen. Sie kann ganz rasch entstehen und vergehen und ist dabei von der bewußten Aufmerksamkeit unabhängig. Dennoch handelt es sich vielleicht auch hier um psychogene Absperrung.

5. Die Hypalgesie und Analgesie der Paralytiker betrifft meist nur die Haut, während die tieferen Teile empfindlich bleiben (ein Paralytiker kann sich, um die Wärter zu reizen, Stücke Haut aus der Hand beißen, ist aber äußerst empfindlich, wenn man ihm ein steifes Gelenk bewegen will). Sie ist auch meist graduell (aber nicht prinzipiell) ab-

[1] Nicht zu verwechseln ist damit die Freude am Schmerz bei einzelnen Hysterischen und im Masochismus.

hängig von der Aufmerksamkeit. Ein eigentliches Verständnis für diese Art Analgesie besitzen wir nicht.

Andere Hypo- und Anästhesien sind bei den Psychosen nicht häufig. Hysterische Blindheit, Taubheit usw. beruhen auf (Auto-)Suggestion. Depressive Kranke klagen manchmal, daß die Speisen keinen Geschmack mehr hätten, es sei, wie wenn sie Stroh oder Papier kauen würden, alle Farben kommen ihnen gleichmäßig grau vor („wie mit Asche bedeckt"); prüft man aber die Empfindungen, so erscheinen sie normal. Bei Gesunden kann ein starker depressiver Affekt die nämlichen Erscheinungen hervorbringen[1]).

Die **Wahrnehmung** und **Auffassung** ist bei Idioten in der Weise gestört, daß sie Komplizierteres nicht zusammenfassen; sie sehen Einzelheiten, aber nicht das Gesamte; oder sie erkennen Bilder schwer oder gar nicht, während sie die entsprechenden Dinge in natura sofort identifizieren; oft fehlt ihnen das Verständnis für die perspektivische Darstellung.

Die Wahrnehmung kann eine unvollständige sein. Benommene Katatoniker und namentlich Alkoholiker können einen grün gemalten Kohlkopf für eine Rose, eine Gurke für eine Wurst, eine Ähre für einen Tannenzapfen ansehen, indem sie die Farbe, resp. die Größe in dem ganzen Bildkomplex nicht erfassen. Diese Störung erscheint äußerlich den Illusionen gleichwertig, unterscheidet sich aber von denselben darin, daß die Veränderung des Bildes für den Kranken bedeutungslos ist; sie gleicht einer Fälschung aus Fahrlässigkeit, die Illusion einer solchen mit bestimmtem Ziele.

Erschwert man die Auffassung auf optischem Gebiete dadurch, daß man Bilder nur eine ganz kurze Zeit exponiert, so findet man häufig folgendes: Bei organischen Psychosen: Die Wahrnehmung braucht längere Zeit und außerdem täuscht sich der Kranke oft. — Bei Epilepsie: Das Verhalten ist ähnlich; Unterschiede scheinen vorhanden zu sein, sind aber noch nicht zu fixieren. Jedenfalls hat das Symptom Berührungspunkte mit der allgemeinen Verlangsamung der psychischen Vorgänge bei diesen Kranken. Bei beiden Gruppen drückt sich oft Neigung zu Perseveration darin aus, daß ein späteres Bild als ein früheres verkannt wird. (Paraphasische Störungen ausschließen!) — Bei Alkoholikern erfolgen die Antworten meist rasch und subjektiv sicher; dennoch werden leicht Fehler gemacht, nicht selten solche, aus denen hervorgeht, daß das richtige Bild doch irgendwie zur Psyche gekommen ist, indem fälschlich Dinge genannt werden, die optisch keine Ähnlichkeit mit dem gebotenen Bilde haben, aber sonstwie mit ihm verwandt sind (Hacke und Schaufel, zwei ganz verschieden aussehende Zahlen). — Bei allen diesen Krankheiten kann Anstrengung der Aufmerksamkeit das Resultat so verbessern, daß man oft geneigt ist, die Fehler bloß der Unaufmerksamkeit zuzuschreiben, was nicht richtig wäre. — In hochgradigen melancholischen Zuständen braucht die Auffassung manchmal mehr Zeit, ohne daß abnorm viele Fehler gemacht würden. — Manische Zustände zeigen bei der habituellen Auffassung ihrer Umgebung und bei Prüfungen ohne genaue Messungen nichts Charakteristi-

[1]) Vgl. auch Goethe im Kanonenfieber bei Valmy: „Die Augen verlieren nichts an ihrer Stärke noch Deutlichkeit; aber es ist doch, wie wenn die Welt einen gewissen braunrötlichen Ton hätte . . ."

sches. Bei eigentlichen Experimenten fassen die Kranken ungenau auf und täuschen sie sich mehr als Gesunde; wahrscheinlich liegt die Ursache davon nicht eigentlich bei der Wahrnehmung, sondern in der Flüchtigkeit der Aufmerksamkeit und ähnlichen Momenten.

Analoge Störungen, wenn auch etwas weniger leicht demonstrierbar, finden sich auf akustischem Gebiet. Speziell bei organisch Kranken fällt es oft sehr auf, daß man Fragen mehrfach wiederholen muß, bis sie richtig erfaßt sind, besonders wenn man auf ein anderes Thema übergegangen ist.

Die wichtigsten psychotischen Erscheinungen auf zentripetalem Gebiete sind die Sinnestäuschungen (Phantasmen). Sie werden eingeteilt in **Illusionen** und **Halluzinationen.**

Illusionen sind krankhaft veränderte wirkliche Wahrnehmungen: Das Schlagen der Uhr wird als ein Schimpfwort oder als eine Verheißung wahrgenommen; die erfaßte Hand als kalte „Totenhand" zurückgeschleudert; die Leute werden auf dem Kopfe gehend gesehen, statt der weißen Farbe eines Gesichtes eine schwarze, statt des Krankenpflegers eine Kellnerin. Die eigentliche Personenverwechslung, wobei jemand von der Umgebung als ein Angehöriger oder Bekannter der Patienten, als der Kaiser angesehen wird, ist selten eine reine Illusion, öfter eine Wahnidee (Schizophrenie) und gelegentlich eine halb oder ganz bewußte Spielerei (Manie), am häufigsten ein der Konfabulation angehöriger Vorgang (Organische Psychosen).

Die Illusion ist die Karikierung eines normalen Vorganges. Bei der gewöhnlichen Wahrnehmung nehmen wir nur ausnahmsweise alle in Betracht kommenden Eigenschaften eines Dinges wahr; das Fehlende ergänzen wir unbewußt, falsch Empfundenes korrigieren wir im Sinne des Zusammenhanges. Schon die normale Wahrnehmung ist also eine Art Illusion. Es ist sehr schwer, keinen Druckfehler zu übersehen; das Telephon gibt gar nicht alle Konsonanten mit der nötigen Deutlichkeit, wir ergänzen sie unbewußt. Nur quantitativ ist es davon unterschieden, wenn im Sinne einer stark affektiv betonten Situation ein Baumstumpf für einen Räuber, ein Nebel für eine Engelserscheinung gehalten wird, und doch sind die letzteren Beispiele an sich von den Illusionen Geisteskranker nicht mehr zu unterscheiden.

Halluzinationen sind Wahrnehmungen ohne entsprechenden Reiz von außen: Alles, was man wahrnimmt, kann auch in beliebigen Kombinationen der Elemente halluziniert werden. Außerdem bewirken offenbar krankhafte Hirnfunktionen innere Empfindungen, die sonst nicht vorkommen.

Die theoretische Unterscheidung zwischen Halluzinationen und Illusionen ist nicht immer selbstverständlich. Kein Sinnesorgan ist je ganz ohne Reiz („Lichtstaub" des Dunkelfeldes; entotische Geräusche usw.), so daß man fast immer von falscher Deutung eines Sinneseindruckes sprechen könnte. Tatsächlich sind die sogenannten Gesichtshalluzinationen der Alkoholdeliranten wahrscheinlich Illusionen auf Grund von Reizzuständen der Retina. Da aber der Reiz nicht von außen kommt, zählt man sie zu den Halluzinationen. Bei Geruchs- und Geschmackshalluzinationen kann man wirkliche Geruchs- und Geschmacksempfindungen kaum je ausschließen; die Haut wird beständig von den Kleidern, von der Luft usw. berührt usw.

Ob man auch die Stimmen, die „aus" dem Pfeifen des Windes, dem Gerassel der Wagen gehört werden, wenn das sie veranlassende Geräusch zugleich wahrgenommen wird, als von den Geräuschen ausgelöste Halluzinationen oder als Illusionen auffassen soll, ist nicht zu entscheiden.

Meist aber ist die Unterscheidung leicht. Visionen, die sich nicht an bestimmte Objekte knüpfen, sind unzweifelhaft Halluzinationen, ebenso Worte, die

aus den Wänden gehört werden und zwar in beiden Fällen, auch wenn Optikus und Akustikus daneben noch eine Menge Reize übermitteln.

Die Halluzinationen stufen sich nach drei Richtungen ab, nach Deutlichkeit der Projektion nach außen, nach Deutlichkeit der Wahrnehmung und nach Intensität. Diese Qualitäten sind unabhängig voneinander.

Die Projektion nach außen ist meist eine vollständige: Was die Kranken sehen und hören, ist für sie undiskutierbare Wirklichkeit, und wenn Halluzinationen und Realität miteinander in Konflikt kommen, so erscheint dem Patienten meist das, was uns Realität ist, als das Unwirkliche, das Gefälschte. Es nützt nichts, einem Kranken, der aus dem Nebenzimmer Stimmen hört, durch Augenschein zu beweisen, daß niemand darin ist; die Redenden sind eben hinausgegangen oder in den Wänden, oder sie sprechen durch unsichtbare Apparate.

Nun aber gibt es alle Abstufungen durch die Halluzinationen, die als solche erkannt, aber doch mit sinnlicher Deutlichkeit wahrgenommen werden (Pseudohalluzinationen KANDINSKYs)[1]) und diejenigen, von denen der Kranke nicht sagen kann, ob sie Visionen oder lebhafte Vorstellungen, Stimmen oder „eingegebene" Gedanken seien (psychische Halluzinationen), bis zu den gewöhnlichen Gedanken und Vorstellungen.

Oft lokalisieren die Kranken Stimmen (und auch etwa Visionen) in den Leib, meist in die Brust, manchmal in den Kopf, gelegentlich auch in einen beliebigen anderen Körperteil.

Die Projektion wird erleichtert durch eine hohe Vollständigkeit des Bildes. Halluzinationen haben gelegentlich die Unbestimmtheit gewöhnlicher Vorstellungen; der Kranke sieht zwar ganz bestimmt „einen Hund", kann aber über Rasse, Farbe, Größe, Stellung nichts aussagen, meist ohne daß ihm das als Wahrnehmungsmangel zum Bewußtsein käme. Dem Arzt aber kann diese Unvollständigkeit unter Umständen Fingerzeige geben, daß eine Sinnestäuschung vorliegt. Umgekehrt darf er aber nicht schließen; denn es gibt auch Halluzinationen mit der Vollständigkeit einer aktuellen Wahrnehmung.

Merkwürdig sind die „extrakampinen" Halluzinationen, die außerhalb des entsprechenden Sinnesfeldes lokalisiert werden. Der Natur der Sache nach handelt es sich meist um Visionen (der Kranke sieht mit vollkommener sinnlicher Deutlichkeit den Teufel hinter seinem Kopf); doch können sie auch das Tastgebiet betreffen (er spürt, wie Wasserstrahlen aus einer bestimmten Ecke auf seine Hand fallen). Ob man Stimmen, die tausende von Kilometern herzukommen scheinen, als extrakampine bezeichnen will oder nicht, ist willkürlich.

Manchmal, am häufigsten bei Alkoholdeliranten, schwankt die Sicherheit der Projektion mit der Intensität der Krankheit. Statt wirklicher Dinge sehen die genesenden Deliranten in den Halluzinationen nur noch „Bilder", die ihnen vorgemacht werden; bei andern Kranken werden die Stimmen nur noch vorgetäuscht oder „geträumt". Doch fehlen solche undeutliche Projektionen auch auf der Höhe von Krankheitsanfällen nicht.

---

[1]) Der Ausdruck „Pseudohalluzination" wird auch für die psychische Halluzination gebraucht, z. B. von HAGEN.

Die Intensität wechselt vom lautesten Kanonenschuß bis zum kaum hörbaren Flüstern, von der grellsten Lichterscheinung bis zum leisesten Schatten. In akuten Anfällen, namentlich bei Schizophrenie, kann die Intensität etwa mit der Intensität des Anfalles steigen und fallen.

Die Deutlichkeit ist manchmal eine äußerst aufdringliche, kann aber sinken bis zu zerfließenden nebelhaften Gestalten und zu verwirrten Stimmen oder undeutlichem Flüstern, das zu verstehen der Patient seine ganze Aufmerksamkeit anstrengen muß. Übrigens empfinden die Kranken die Undeutlichkeit selten stark; sie wissen ja doch, was die Halluzination sagen will.

Von anderen Eigenschaften der Sinnestäuschungen sind etwa zu erwähnen: Die Gesichtshalluzinationen des Alkoholdelirs, die die Neigung haben, beweglich, multipel und klein zu sein; die Gesichts- und Getasthalluzinationen des Kokainwahnsinns, die oft mikroskopisch klein sind. Größer werdende Visionen (die meist zugleich näher kommen) sind gewöhnlich mit Angst verbunden.

Die Halluzinationen können wechselnd oder stabil sein. Stimmen sind häufig abrupt, fragmentarisch. Dramatisch zusammenhängende Gehörshalluzinationen deuten auf Alkoholismus, namentlich Alkoholwahnsinn. Zusammenhängende kombinierte Halluzinationen mit Vorwiegen der Gesichtstäuschungen kommen in hysterischen Dämmerzuständen, aber auch sonst vor. Gelegentlich gibt es einseitige Halluzinationen, besonders bei einseitiger Läsion der Sinnesorgane oder der Sinnesflächen und -Bahnen im Gehirn.

Das Verhältnis zu den wirklichen Wahrnehmungen ist verschieden. Stimmen können natürlich überallhin lokalisiert werden, ins Nebenzimmer, in die Wände, in den freien Raum. Visionen kommen mit der Wirklichkeit in Konflikt; hinter einem halluzinierten Menschen darf nichts von der Wirklichkeit gesehen werden — oder er erscheint durchsichtig (Gespenster). Eine halluzinierte Person kann mitten unter wirklichen stehen, ein Totenkopf einem Nachbarn über die Schulter sehen usw.; meist aber sind die Erscheinungen unabhängiger von der Wirklichkeit. Es kann auch die ganze Umgebung halluzinatorisch verändert sein: Der Kranke wähnt sich statt im Beobachtungssaal im Himmel usw.

Oft erkennen die Patienten die Halluzinationen, wenn auch nicht als Sinnestäuschungen, so doch als etwas Besonderes, an mancherlei Merkmalen: anderer Inhalt; neue nie erfahrene Empfindungen (zu deren Bezeichnung sie neue Wörter schaffen müssen); merkwürdige Gestalten und Szenen, abnorme Lokalisation, Stimmen in den Wänden, in den eigenen Armen, ein Licht im eigenen Leib oder im Uterus einer vorübergehenden Frau; die unsichere Projektion nach außen: Der Kranke glaubt *im* Bein, nicht mit den Ohren, zu hören; er weiß nicht recht, ob er ein Tier tastet oder sieht.

Bemerkenswert ist das Verhältnis der Halluzinationen zum sonstigen Gedankeninhalt. Auf der Höhe der Krankheit ist meist nicht nur ihr Wirklichkeitswert für die Patienten unangreifbar, sie haben auch inhaltlich eine zwingende Macht. Wenn ein Gesunder den Befehl hören würde: „Töte dein Kind!“ so würde es ihm nicht einfallen, zu folgen; der Kranke aber gehorcht oft, mit oder ohne Widerstand. Das

hängt nicht mit der Art des Befehls, einer Bewußtseinstrübung oder einem Blödsinn zusammen — die letzteren Zustände fehlen ja oft — sondern damit, daß die Halluzinationen eben aus Strebungen heraus entstanden sind, die der Persönlichkeit des Patienten angehören. Deshalb haben es auch die Kranken so schwer, ihre Halluzinationen zu ignorieren; eine pneumonische Paranoide beschäftigt sich nur mit ihrem halluzinierten Darmprolaps, nicht mit der Lungenentzündung; wirkliches Unglück wird kaum beachtet, das halluzinierte nimmt den ganzen Menschen in Beschlag. Anderseits verfolgen Alkoholhalluzinanten ihre Visionen oft wie Zuschauer in einem Theater, und verblödete Schizophrene können sogar beständig halluzinieren und sich anscheinend gar nicht mehr darum kümmern.

Weil die Halluzination in Wirklichkeit nur Gedanken des Kranken selbst ausdrückt (seien diese nun bewußt oder nicht), so ist es auch begreiflich, wie die sichere Erklärung scheinbar unverständlicher Halluzinationen gleichsam bereit liegt. Eine Patientin halluziniert das Wort „sauber", nichts anderes, und wird darüber hochgradig aufgeregt, denn man wollte damit sagen, daß sie das Bett beschmutze. Viele erkennen in halluzinierten Gerüchen und Geschmäcken mit Sicherheit bestimmte Gifte, deren wirklichen Geschmack sie gar nicht kennen.

Daher auch die Möglichkeit der teleologischen Halluzinationen, die dem Patienten gute Räte geben oder ihn warnen oder verhindern, etwas zu tun, das ihm schadet: Die verstorbene Mutter hält ihn im letzten Moment vom Selbstmord ab; ein halluzinierter körperlicher Widerstand verhindert ihn, sich aus dem Fenster zu stürzen; der Jungfrau von Orleans sagt die heilige Jungfrau, was zu tun ist, um zu siegen — aber nur, solange die Kriegssituation so einfach ist, daß des Mädchens Verstand sie erfassen kann.

Etwas Ähnliches ist es, wenn die sogenannten „Gewissensstimmen" die Handlungen und Gedanken der Patienten einer (gerechten oder auch böswilligen) Kritik unterziehen. Manchmal teilen sich warnende und verlockende, freundliche und feindliche Stimmen in zwei Personen, die auf den Kranken einreden.

Während im einen Fall die Halluzinationen der bewußten Persönlichkeit des Patienten ganz fremd erscheinen, und dieser den Umstand, daß er „so etwas doch nie hätte denken können", als Beweis für den exogenen Ursprung der Stimme verwertet, hängen sie im andern Fall mit seinem Denken eng zusammen. Am ausgesprochensten ist das letztere der Fall bei dem sogenannten „Gedankenhören" (unpassend auch „Doppeldenken" genannt), wobei die eigenen Gedanken der Kranken von anderen ausgesprochen werden. Dies geschieht namentlich häufig beim Lesen; bemerkenswerterweise können die Stimmen dann auch das aussprechen, was eine oder sogar mehrere Zeilen unter der aktuell fixierten steht.

Manche Patienten sind von ihren Halluzinationen erfüllt und können von nichts anderem sprechen; andere wieder wollen oder können keine Auskunft darüber geben. Namentlich bei der Schizophrenie werden die Halluzinationen, resp. die Erinnerungen daran, leicht vom übrigen Bewußtseinsinhalt abgesperrt.

Viele Kranke nehmen die Halluzinationen, auch in ihren tollsten Formen, einfach als Tatsachen hin. Andere suchen Erklärungen in Ma-

schinen und physischen Fernwirkungen aller Art, heutzutage selten mehr in dämonischen Einflüssen. Manche, die ihre Gedanken von andern gekannt sehen, meinen durchsichtig zu sein. Wieder andere glauben, im Stimmenhören eine besondere Fähigkeit erlangt zu haben usw.

Veranlassung von Halluzinationen. Die Halluzinationen begleiten viele Geisteskrankheiten, Vergiftungen, schwere Erschöpfung, den normalen Schlaf. In den Psychosen wird ihr Auftreten begünstigt durch Abwesenheit von Sinnesreizen — das Dunkel der Nacht löst Visionen, die Stille des Gefängnisses Gehörshalluzinationen aus — aber manchmal sind wirkliche Reize die Anreger, namentlich treten Gehörshalluzinationen manchmal gerade im Lärm auf. Viele Kranke verschließen sich die Ohren, um ihre Stimmen gut zu hören, andere, um von ihnen befreit zu sein. Arbeit (Ablenkung der Aufmerksamkeit?) hindert sie manchmal, befördert sie seltener.

Handelt es sich hier mehr um Erhöhung der momentanen Disposition, so können auch durch äußere Erfahrungen (wie durch Gedanken) Halluzinationen in ihrer Entstehung wie im Inhalt determiniert werden. Der Kranke sieht Spülicht vorbeitragen und halluziniert das Schimpfwort: „Essenverderber"; er sieht mähen und fühlt, wie er mit jedem Sensenschlag geschnitten wird. Andere Kranke werden „eingelöffelt", wenn jemand neben ihnen ißt, spüren den Schlüssel, den sie drehen hören, in schmerzhafter Weise in ihrem Herzen usw. Da in solchen Fällen Wahrnehmungen auf dem einen Sinnesgebiete Halluzinationen auf einem andern auslösen, spricht man in einer gewiß unrichtigen Auffassung des Mechanismus von Reflexhalluzinationen.

Die Gesichtshalluzinationen (Visionen) kommen am meisten mit der Umgebung in Konflikt und lassen sich auch durch andere Sinne (Getast, Widerstand) korrigieren. Sie sind deshalb am Tag und bei besonnenen Kranken selten, beherrschen aber leicht die deliriösen und dämmerigen Zustände. Oft fehlt ihnen die Tiefendimension. Sie haben auch von allen Halluzinationen am ehesten einen gleichgültigen Inhalt („man spielt dem Patienten Theater vor", das ihn weiter nichts angeht).

Ganz anders die Gehörshalluzinationen. In der Sprache drücken sie als Stimmen alles aus, was den Menschen bewegt; und den Kranken bewegt sein Verhältnis zu anderen Menschen: er wird geschmäht, beschimpft, bedroht, hört den Jammer mißhandelter Angehöriger; anderseits erhält er beglückende Verheißungen, Befehle usw. Er kann sich mit den Stimmen in ein Zwiegespräch einlassen, braucht aber meist nicht laut mit ihnen zu reden, sie antworten auch auf seine Gedanken. Aus beliebigen Distanzen, durch alle möglichen Hindernisse verbinden sie sich mit ihm auf geheimnisvollen Wegen, durch eigens dazu erfundene Apparate. Sie repräsentieren ihm die Person derer, die sich um ihn beschäftigen: „Die Stimmen" reden nicht nur, sie elektrisieren ihn, vergiften ihn, machen ihm Gedanken usw.

Die nichtsprachlichen Gehörshalluzinationen treten daneben zurück. In Ekstasen, in Fieberdelirien und namentlich im Delirium tremens wird etwa Musik und Singen gehört, sonst aber sehr selten.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen kommen selten allein vor. In Ekstasen und etwa in den späteren Stadien der manischen Paralyse vergrößern sie die Wonne, beim schizophrenen Verfolgungswahn verraten sie teils eklige, teils giftige Substanzen (inkl. Pech

und Schwefel). Andere Geschmäcke und Gerüche werden nur äußerst selten halluziniert.

Hautsinn. Das Getast („Haptische Sinnestäuschungen") halluziniert lebhaft nur im Delirium tremens, wo kleine Tiere, Käfer, gespannte Schnüre, Schleimfäden gespürt werden, außerdem in Verbindung mit den Körperhalluzinationen, indem Schlangen, die zu den Genitalien kriechen, Schläge, Stiche usw. von dem Getast mitempfunden werden. Die anderen Qualitäten der Hauthalluzinationen lassen sich noch schwerer von den folgenden trennen.

Die Halluzinationen des „Allgemeinsinnes", der Körperorgane, pflegen bei der Schizophrenie massenhaft vorzukommen. Die Kranken spüren, wie ihnen die Leber umgedreht, die Lunge ausgesaugt, die Därme herausgerissen, das Gehirn zersägt, die Glieder steif gemacht, wie sie geschlagen, gebrannt[1]), elektrisiert werden („physikalischer Verfolgungswahn"). Hierher gehören auch die überaus häufigen sexuellen Halluzinationen, die selten ungemischte Freude, meistens aber große Qualen verschaffen: Den Kranken wird die Natur abgezogen, die Genitalien werden gequetscht, der Same wird nach innen getrieben, Frauen werden in der ärgsten Weise geschändet usw.

Von Parästhesien sind die Körperhalluzinationen meist dadurch zu unterscheiden, daß die Patienten sie als von außen „gemacht" empfinden.

Die Körperhalluzinationen werden von manchen Autoren in Verbindung gebracht mit dem Selbsterhaltungstrieb, mit der Affektivität; sie sollen die stärkste Beziehung zum Ich haben. Es mag etwas daran wahr sein, aber was, ist schwer zu sagen. Vielleicht ist der Zusammenhang ein sehr indirekter. Außerhalb der Schizophrenie finden wir Symptome, die wir als Körperhalluzinationen bezeichnen können, bei gewissen, z. B. luischen Degenerationen des Gehirns und einigen anderen Formen, die bis jetzt nur in einzelnen Fällen beschrieben sind. Bei den organischen Psychosen im engeren Sinne sind sie sehr selten. Bei den anderen Hirndegenerationen haben die Körperhalluzinationen in der Darstellung der Kranken meist einen viel elementareren Charakter als bei der Schizophrenie, so daß man oft versucht ist, sie als etwas ganz anderes aufzufassen, wenn dem nicht im Wege stünde, daß die objektive Beschreibung, die wir von den Erscheinungen geben können, sich in beiden Fällen ungefähr decken. Es handelt sich z. B. um Aufstreuen von Pulver, Durchziehen von Fäden, Brennen, Faradisiertwerden, d. h. um Empfindungen, wie sie bei Degenerationen im Nervensystem häufig sind. Was sie von Parästhesien, unterscheidet ist nur ihre Deutung als von außen verursacht. Bei der Schizophrenie überwiegen Empfindungen, die man gar nicht nachfühlen kann, oder bei denen, wie bei sexuellen, irgend eine psychische Präparation vorhanden sein muß, und zugleich bekommen sie in den Erzählungen der Kranken meist einen unbestimmt abenteuerlichen Anstrich. Es ist also wahrscheinlich, daß es sich bei allen diesen Dingen meist gar nicht um eigentliche Halluzinationen, sondern um zentralbedingte Mißempfindungen handelt, die, etwa wie die Gesichts- und Tasthalluzinationen der Deliranten, illusionistisch umgedeutet würden, bei den Krankheiten mit besser erhaltener Persönlichkeit, den gröberen Degenerationen, nur elementar, bei den Schizophrenien in traumhaft symbolischer Weise[2]). Allerdings bleibt noch zu erklären, warum bei der Paralyse, den senilen Formen, dem Korsakow, die Parästhesien als solche empfunden werden oder doch nur in Form von hypochondrischen Wahnideen, und so selten als Halluzinationen zum Bewußtsein kommen.

Halluzinationen der kinästhetischen Empfindungen sind am häufigsten im Delirium tremens, worin die Kranken glauben, bei ihrer

[1]) Anhaltendes, unbeeinflußbares Brennen als Parästhesie ist meist Zeichen eines Hirnherdes.

[2]) Vgl. Bleuler, Physisch und psychisch in der Pathologie, S. 23 ff. Julius Springer. Berlin 1916.

Arbeit zu sein, während sie im Bett liegen. Es kommt auch vor, daß sie plötzlich den Sitz unter sich schwanken fühlen (oder Gegenstände sich bewegen sehen). Schizophrene können die Empfindung haben, daß ein Glied bewegt wird usw. Manchmal drücken sich die Gedanken statt in Stimmen in kinästhetischen Halluzinationen der Sprechorgane aus, so daß die Kranken etwas zu sagen glauben, während sie in Wirklichkeit die Sprechwerkzeuge ruhig halten. „Vestibulare" Halluzinationen bewirken die Täuschung, zu schweben, zu fallen.

Auch Schmerzen können halluziniert werden, sind aber nicht immer leicht von anderen funktionellen Schmerzen zu unterscheiden.

Die Halluzinationen der verschiedenen Sinne kombinieren sich häufig; man sieht und hört einen Menschen und spürt seine Einwirkung; man sieht und tastet Gegenstände u. dgl.

Die Theorie der Halluzinationen ist sehr lehrreich. Es gibt jetzt noch Psychiater, die sich ein Halluzinieren, d. h. Projizieren von Vorstellungen mit sinnlicher Deutlichkeit in den Raum nicht denken können ohne Mitwirkung der peripheren Sinnesorgane, weil unter normalen Umständen nur diejenigen Prozesse in die Außenwelt verlegt werden, die mit entsprechender Sinnesreizung einhergehen. Da wir aber, soweit wir wissen, nur Vorgänge in der Rinde direkt „durch das Bewußtsein" wahrnehmen, ist dieser Schluß nicht zwingend, und er erweist sich — ganz abgesehen von manchen anderen Gründen — als falsch dadurch, daß man auch halluzinieren kann, wenn die peripheren Sinnesorgane zerstört sind. Einige haben dann den wesentlichen Sitz des halluzinatorischen Vorganges in die primären Stationen der Zentralganglien verlegen wollen. Solche Hirnstücke können aber nicht denken, und Halluzinationen drücken komplizierte Gedanken aus. Man nimmt nun „Perzeptionszellen" in der Rinde an, die beim Wahrnehmen die Reize des Sinnesorganes aufnehmen, und hinter diesen das begriffbildende und denkende Organ (ungefähr die ganze übrige Hirnrinde). KRAEPELIN spricht in vorsichtiger Weise statt von Perzeptions*zellen* allgemeiner von Perzeptions*zentren*, der ersten Station der Sinneswahrnehmungen in der Rinde. Bei Reizung des Sinnesorgans kämen nun die entsprechenden Perzeptionszellen resp. -zentren in starke, beim Vorstellen (durch zentrifugalen Reiz) in schwache Tätigkeit. Wird der zentrifugale Reiz durch eine Anomalie im Denkorgan oder in den rückwärts leitenden Fasersystemen zu stark übermittelt, so reagieren die Perzeptionsorgane stark wie bei einer Sinnesreizung, und es entsteht statt der Vorstellung (subjektiv) eine Wahrnehmung (Halluzination). Das ist am ausgesprochensten der Fall beim Gedankenhören. Auf diese Weise entstandene Halluzinationen hat man Apperzeptionshalluzinationen genannt. Sie sind dadurch charakterisiert, daß sie mit dem bewußten Gedankeninhalt zusammenhängen, daß sie häufig kombinierte sind, und daß sie keine besondere Tendenz zeigen, sich in gleicher Weise zu wiederholen[1]). Ist aber die Perzeptionsrinde selber in einem Reizzustand, so können physiologische Vorgänge oder irgendwelche toxische Stoffe, die im Blute kreisen, oder andere Reize, die der Krankheitsprozeß mit sich bringt, an Ort und Stelle die Sinneszellen in abnorme Tätigkeit versetzen; es entsteht wieder eine Halluzination, die aber unabhängig ist vom Gedankeninhalt und zugleich sich gern in gleicher Weise wiederholt (Perzeptionshalluzination, die meist zugleich eine stabile Halluzination sein soll).

Man kann auch gegen diese Auffassungen noch manches einwenden, z. B. sollten bei einem solchen Reizzustand der Sinnesfläche auch die gewöhnlichen Vorstellungsreize Halluzinationen provozieren, was nur ausnahmsweise geschieht.

Gegen alle diese Theorien muß man einwenden, daß sie den Inhalt der Halluzinationen nicht erklären (außer bei dem Gedankenhören), und daß es Halluzinationen ohne Inhalt nicht geben kann, dieser aber oft das allein Sichere dabei ist (psychische und undeutliche Halluzinationen). Wir können unser Wissen und Nichtwissen etwa folgendermaßen formulieren: Bei Gesunden besteht eine konti-

[1]) Mit der Stärke des pathologischen Reizes können die Apperzeptionshalluzinationen von vollständiger sinnlicher Qualität bis zur bloß lebhaften Vorstellung sich abschwächen. Der Name umfaßt deshalb bei einzelnen Autoren auch die psychischen Halluzinationen, die indes gar nicht immer mit dem Denken zusammenzuhängen brauchen.

nuierliche Stufenleiter von der unklaren durch die sinnlich klare bis zur sinnlich nach außen projizierten Vorstellung, der echten „leibhaften" Halluzination. Worauf die Stufenleiter beruht, weiß man nicht. Normaliter kommen Halluzinationen nur ganz ausnahmsweise vor außer im Traum. Disposition zu Halluzinationen schaffen Vergiftungen und Psychosen. Worin die Disposition besteht, ist unbekannt. Der Inhalt der Halluzinationen, das was sie ausdrücken, ist fast immer durch affektive Bedürfnisse bedingt. Daneben gibt es Reizzustände im Nervensystem, die in illusionistischer Weise oder sonstwie zu Halluzinationen auswachsen, aber oft durch ihren Inhalt und die Unabhängigkeit von den Komplexen die außerpsychische Wurzel verraten (beim Delirium tremens) oder dann sekundär in den Dienst der Komplexe gestellt werden (Körperhalluzinationen bei Schizophrenie).

Einige andere Unterscheidungen der Sinnestäuschungen. Apperzeptionsillusionen nennt KRAEPELIN die Umdeutungen von Wahrnehmungen im Sinne bestehender Vorstellungen. Meiner Meinung nach gehören aber alle pathologischen Illusionen in diese Kategorie.

Die Stimmen werden auch Phoneme genannt und von WERNICKE den nicht sprachlichen Gehörshalluzinationen, den Akoasmen, gegenübergestellt, während ZIEHEN u. a. den letzteren Ausdruck auf alle Gehörshalluzinationen anwenden.

Negative Halluzinationen (Nichtwahrnehmen eines unseren Sinnen zugänglichen Objektes) kommen in der Pathologie sehr selten vor, lassen sich aber durch Suggestion in der Hypnose leicht hervorbringen.

Elementare Halluzinationen nennt man auf optischem Gebiete die ungeformten Visionen (Blitze, Funken, wolkenartige partielle Verdunkelung des Gesichtsfeldes) und auf akustischem die einfachen Geräusche wie Rauschen, Klopfen, Schießen. Sie sind oft keine eigentlichen Halluzinationen, sondern periphere Reizzustände (Retina, Acusticus), die vom Kranken nach außen projiziert und falsch gedeutet werden. Natürlich können auch wirkliche Halluzinationen diese Form annehmen.

Die „retroaktiven Halluzinationen" gehören nicht hierher, sondern sind Halluzinationen des Gedächtnisses.

Zu den halluzinationsartigen Störungen rechnen viele auch die Sekundärempfindungen oder Synästhesien, d. h. die Eigentümlichkeit, daß Empfindungen eines Organs von solchen eines andern Sinnesgebietes begleitet werden, wobei das „Farbenhören" am häufigsten ist (Farbenempfindungen, „Photismen", beim Anhören von Klängen und Vokalen). Die Sekundärempfindungen haben aber sicher nichts mit Halluzinationen zu tun und haben überhaupt bis jetzt keine Bedeutung für die Pathologie.

2. Störungen der Begriffe und Vorstellungen.

Angeboren Blinden und Taubstummen fehlen natürlich die entsprechenden Sinneskomponenten in den Begriffen. Auch schon Kurzsichtige müssen sich manche Dinge etwas anders vorstellen als Vollsichtige. Manche nehmen an, daß man sich an Gerüche und Geschmäcke nicht erinnern könne; bei vielen Personen bilden aber solche Erinnerungsbilder Teile der Begriffe von Speisen, Blumen usw. Sicher besteht auch eine große individuelle Verschiedenheit darin, welcher Sinn die Führung übernimmt. Bei manchen Leuten sind die optischen, bei anderen die akustischen, bei dritten die motorischen Erinnerungsbilder die wichtigsten Bestandteile ihrer Begriffe und damit des Denkens. Diese Unterschiede sind von Bedeutung für die Pathologie der umschriebenen Hirnherde, indem ein extremer „visueller Typus" durch einen Herd im Hinterhirn gerade der wichtigsten Komponente seiner Begriffe beraubt und deshalb in seinen psychischen Funktionen ungleich stärker geschädigt wird als ein extremer „auditiver Typus".

Angeboren Schwachsinnige können ihre Erfahrungen weniger zur Begriffsbildung benutzen, weil sie weniger Assoziationen haben und des-

halb weniger fähig sind, die einzelnen Erinnerungsbilder miteinander zu verbinden und zu kombinieren. Viel wichtiger aber ist der Umstand, daß sie die Begriffe, die andere ihnen durch die Sprache übermitteln, nicht genügend verstehen. In letzterer Beziehung sind die Tauben, auch wenn sie eine gute Intelligenz haben, noch schlimmer dran. Beide Klassen bilden daher weniger Begriffe als die Gesunden, sie begrenzen sie auch leicht falsch, wie kleine Kinder, die etwa eine Ente und eine Wespe in den gleichen Begriff bringen, weil beide fliegen, dafür aber Raupe und Schmetterling als verschiedene Tierarten ansehen. Sie machen auch ungenügende, unklare, unscharfe Grenzen, können z. B. „Staat“ und „Land“ oder sogar „Sperling“ und „Fink“ nicht voneinander trennen. Diese falschen und ungenügenden Trennungen sind natürlich bei Idioten viel häufiger und schwerer als bei den Tauben, da jene kleine Unterschiede nicht beachten, namentlich aber das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen scheiden können. Immerhin sind die meisten Begriffe der Idioten gar nicht sehr unklar, und zwar nicht nur deshalb, weil die Kranken nur die einfachen bilden, sondern namentlich, weil sie sich dabei nicht weit vom Sinnlichen entfernen, wenig abstrahieren.

Es gibt allerdings angeborene Schwachsinnsformen, bei denen das Wesentliche die Unklarheit der Begriffe ist; sie sind aber noch nicht genügend studiert. Ein erethischer Imbeziller definierte den Begriff „Kostbarkeit“ als: „Wenn man noch mehr zuhaut (draufschlägt im Preis), so kostet es noch mehr“.

Je komplizierter ein Begriff und je ferner liegend dessen Komponenten sind, um so weniger ist der Imbezille imstande, ihn zu bilden oder zu erfassen („Familie“ kann in einem Falle noch da sein, nicht aber „Staat“). Es ist aber nicht richtig, daß Idioten und Imbezille gar keine abstrakte Begriffe bilden, wohl aber bilden sie keine *komplizierten* Abstracta, und häufig abstrahieren sie *falsch*. Tiefstehenden sind die Begriffe „Vater“ und „Mutter“ erfaßbar, nicht mehr „Eltern“; sie können denken „Hans hat mich gehauen und ich habe Hans gehauen“, fassen die gegenseitige Tätigkeit aber nicht in den Begriff des „einander“ zusammen.

Hierbei sind allerdings die Schwierigkeiten der Sprache von denen der Begriffe zu trennen. Das ist schon bei Gesunden nicht immer leicht. Die Unterschiede der persönlichen Anlage, der Erziehung und namentlich auch der Rasse sind hier sehr groß. Anlage und Erziehung der Franzosen bringt es mit sich, daß dort ein Schulknabe sehr schön sogar über Dinge reden kann, von denen er höchst ungenügende Begriffe hat. In der deutschen Schweiz mit ihrer schwerfälligen Ausdrucksweise wird die Intelligenz Fremder sehr oft zunächst überschätzt; in unserer Klinik werden Reichsdeutsche mit besserer Sprachfähigkeit nicht selten vom Praktikanten als manisch diagnostiziert. Wirklich Manische scheinen häufig viel reicher an Begriffen, als sie sind.

Oft verdeckt eine gute Sprachfähigkeit, sei sie angeboren oder eingetrichtert, wirkliche schwere Intelligenzdefekte in der Gesellschaft, in der Schule, ja bis in die höheren Examina, was beweist, wie unvollkommen diese Einrichtungen sind. Man spricht in solchen Fällen von höherem Blödsinn[1]), dessen Träger manchmal eine große Rolle spielen. Ein berühmter Naturheiler dieser Kategorie führte alles Mögliche auf das

[1]) Siehe unter Oligophrenien.

„Prinzip des Gegensatzes“ zurück, konnte aber die Begriffe „Gegensatz“ und „Unterschied“, „Kraft“ und „Reiz“, „Gesundheit“ und „Gefühl der Gesundheit“ nicht voneinander trennen. In schwierigerer Materie können solche Begriffsverwirrungen auch dem Intelligentesten begegnen: die namentlich in den deduktiven Wissenschaften so häufigen „Erschleichungen“ beruhen meist darauf, daß zwei etwas verschiedene Begriffe durch eine gemeinsame Bezeichnung verbunden und dann füreinander gesetzt werden. Bei Gesunden und noch viel mehr bei Kranken werden auch Symbole, d. h. Begriffe mit einer oder mehreren gleichen Komponenten statt als bloßes Bild häufig an Stelle des ursprünglichen Begriffes gebraucht, wodurch oft grobe Denkfehler entstehen (das Feuer der Liebe wird als Glut gesehen oder brennt die Patienten).

Psychosen können die Begriffe weitgehend verrücken. „Das Recht“ ist bei einem Querulanten meistens das, was ihm paßt; „Gerechtigkeit“ hypertrophiert beim Epileptiker, der es gerecht finden kann, einen anderen Kranken halb tot zu schlagen, weil er den Arzt im Vorbeigehen gestreift hat.

Viele Kranke haben Erlebnisse, die Gesunde nicht kennen, und müssen für dieselben neue Begriffe schaffen: „Doppelpolytechnikum“ ist die hohe Intelligenz und das Können der Patientin, verbunden mit den Belohnungen, die ihr dafür gebühren; der „Dossierweg“ ist der Weg der halluzinatorischen Beeinflussung. Manchmal werden neue Begriffe durch „Verdichtung“ geschaffen, indem z. B. Eigenschaften mehrerer Personen zu einer einzigen verschmolzen werden (auch im Traum des Gesunden und in den dichterischen Gestaltungen etwas Gewöhnliches).

Oft, namentlich bei Dementia praecox, werden Begriffe unvollständig gedacht, was zu vorübergehenden Verwechslungen Anlaß gibt: Faß und Reif, sogar Vater und Mutter können identifiziert werden. Der Knabe, der sexuelle Spiele mit der Patientin im Kindesalter trieb, der Geliebte, der Verführer, zwei Ärzte in der Anstalt, auf die sie ihre Liebe überträgt, werden als *eine* Person gedacht. Es handelt sich aber hier meist nicht um dauernde Schädigungen. Daß ein fortgeschrittener Paralytiker einen komplizierten Begriff (z. B. „Logarithmus“, aber auch etwa „Staat“) nicht mehr in seiner Totalität denken kann, ist selbstverständliche Folge seiner Assoziationsstörung. *Ein eigentliches Zugrundegehen der Begriffe ist aber in den Psychosen noch nicht nachgewiesen.* Wenn ein Patient den Wärter für seine Schwester ansieht, so ist das nicht Folge einer Begriffsstörung, sondern einer Illusion oder einer Wahnidee.

Ob es ein Zugrundegehen der Begriffe bedeutet, wenn ein „agnostischer“ Hirnkranker eine Taschenbürste Zahnarzt nennt und als Zahnbürste benutzen will, ist fraglich[1]).

Im übrigen sind die Anomalien der Bildung, Erhaltung und Umbildung der Begriffe noch ganz ungenügend studiert.

Störungen der Vorstellungen gibt es natürlich insofern, als die psychischen Prozesse überhaupt gestört sind. Störungen der Wahrnehmungen, der Erinnerungsbilder und des Gedankenganges müssen sekundär zu Störungen der Vorstellungen führen. Außerdem kommt es wohl vor, daß die spezifische Qualität der Vorstellungen verwischt wird, indem Vorstellungen in Halluzinationen übergehen oder mit früheren Erlebnissen verwechselt werden.

---

[1]) LIEPMANN, Über agnostische Störungen. Neurol. Zbl. 1908. S. 610.

3. Störungen der Assoziationen und des Denkens.

Allgemeine Erleichterung der psychischen Vorgänge. Ideenflucht.

Schon bei Gesunden, die „gut aufgelegt", „angeregt" sind, hat es manchmal subjektiv und objektiv den Anschein, als gehe der Denkvorgang besonders leicht vonstatten. Die Leute haben mehr zu sagen, es kommen ihnen manchmal Gedanken, die für sie ungewohnt sind, namentlich Scherze, auch gewagte. Gar nicht immer allerdings handelt es sich um Leistungen, die der Kritik standhalten. In pathologischen Zuständen finden wir, zumeist in Verbindung mit Euphorie und gehobenem Selbstgefühl, eine krankhafte Übertreibung jenes Zustandes, die Ideenflucht. Hierbei ist die auffallendste Erscheinung die übertriebene Ablenkbarkeit, zunächst von innen, dann aber auch von außen: die Kranken wechseln die Zielvorstellung abnorm häufig, in extremen Fällen nach jedem ausgesprochenen oder nur angedeuteten Gedanken; da will einer eine Rigireise erzählen, nun fallen ihm die Esel ein, die man vor Erbauung der Bahn dort benutzte, dann die Salami, die aus Eselfleisch gemacht werden sollen, dann Italien, wo diese herkommen; statt von der Rigireise spricht er von diesen Nebensachen. In leichteren Fällen kann der Patient wieder auf das ursprüngliche Thema zurückkommen, sonst aber gerät er vom Hundertsten ins Tausendste und ist nicht fähig, einen Gedanken fertig zu denken. Aber (außer in den schwersten Fällen, wo man nicht mehr folgen kann, oder gedachte Zwischenglieder nicht ausgesprochen werden) läßt sich verstehen, wie das Denken abgelenkt wird; Nebenassoziationen, wie sie auch beim Gesunden auftauchen können, aber von ihm unterdrückt werden, beschäftigen den Kranken so sehr wie das Hauptthema.

Die verstärkte Ablenkbarkeit von außen kann fehlen, meist aber ist sie sehr deutlich, indem jeder Sinneseindruck, der dem Ideenflüchtigen auffällt, sofort in seinem Schwatzen verwendet wird: er bemerkt die Uhrkette des Arztes und spricht davon, man klimpert mit Geld, er hat von Talern zu reden. Diese verstärkte Ablenkbarkeit kann auch als Aufmerksamkeitsstörung (Hypotenazität mit Hypervigilität) beschrieben werden.

Subjektiv und objektiv wird der Eindruck erweckt, daß der Ideenflüchtige rascher denke. Experimentell läßt sich nicht nachweisen, daß das richtig ist. Dagegen verweilt der Patient weniger lang als normal bei der einzelnen Idee, die deshalb auch weniger ausgedacht wird.

So ist das ideenflüchtige Denken inhaltlich nicht ziellos, aber es hat ein beständig wechselndes Ziel. Wir sehen ein Überhandnehmen der äußeren und der Wortassoziationen auf Kosten der inneren Assoziationen, welch letztere die Ideen nach logischer Zusammengehörigkeit (Überordnung, Unterordnung, Kausalität, nach dem aktuellen Denkziel) verbinden. An deren Stelle treten zufällige Verbindungen (Salami, Italien, statt der Rigireise) und oft Verbindungen, die gar nicht vom Sinn eines Wortes, sondern von seinem Klang ausgehen: Reime und Wortergänzungen (Morgen—Stund hat Gold im Mund).

Beispiel einer ideenflüchtigen Antwort[1]): (War denn Ihre Aufnahme nötig?) „War es denn nötig, Herr Professor? Bin ich denn das Mädchen von Wahrendorf?

---

[1]) WERNICKE, Psychiatrie, S. 398. Thieme, Leipzig 1900.

Waren Sie denn im Dorf oder in der Stadt? Sind Sie im Dorf erzogen, bezogen, verzogen? oder sind Sie ein Reliquienstück, oder was sind Sie eigentlich? oder welches Stück wollen Sie haben? Eine Rippe, Leber, ein paar Füße oder ein paar Eisbeine, eine Sülze, he, vielleicht eine Sülze? Ein bißchen Gallert vielleicht?"

(Reizwort Papier): „Tier, mir, dir, wir, Bier, Grog, Kleidung, Schere, Bürste, Sand, Stoff, Schuh, Studenten, Mütze, Brillantring, Gloriamantel, Kriegsausrüstung, Kommission, Kommissionär, kommissionell, schnell, norddeutsche Telephonspitze, Algebra, Rechnung." (68 Sekunden.)[1])

Soweit solche Patienten überlegen und urteilen, zeigt sich eine Schwäche. Wenn sie auch manches geistreiche Aperçu hervorbringen können und imstande sind, Wahrheiten zu sagen, die andern nicht in den Sinn kämen oder von ihnen unterdrückt würden, so sind die Urteile doch meist im höchsten Grad oberflächlich, einseitig und voreilig: nicht alle notwendigen Faktoren werden herbeigezogen. Wie die Auswahl der Eindrücke und Ideen ungenügend ist, so versagt auch die Ordnung derselben. Wenn einmal eine Mehrleistung vorhanden zu sein scheint, so ist sie gewöhnlich dem Wegfall von Hemmungen und nicht einer Erhöhung der Verstandesleistungen zu verdanken. Der Gesunde kann manches nicht sagen — und auch nicht denken — weil Rücksichten auf andere oder sich selbst oder eine inhaltliche Kritik es ihm verbieten: der Ideenflüchtige setzt sich über solche Bedenken hinweg oder hat sie überhaupt nicht; er kennt keine „Befangenheit".

Manchmal — besonders vor Übergängen in Hemmung oder manisch-depressive Mischzustände — halten die Patienten ein (scheinbares) Ziel fest, lassen aber die logischen Verbindungen vermissen; es kommt zu bloßen Reihen von Personennamen, Ortsnamen, Ämtern usw., von denen oft manche Einzelglieder außer durch die gemeinsame Überordnung durch Klangähnlichkeit zusammenhängen.

Die Ideenflucht ist ein integrierender Bestandteil des manischen Symptomenkomplexes. Außerdem kommen ähnliche Gedankenstörungen in der Ermüdung und bei Vergiftungen (Alkohol) vor. Wahrscheinlich bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Formen; wir kennen dieselben aber noch nicht.

Die Ideenflucht ist wohl keine einfache Beschleunigung der Assoziationen. Liepmann hat sie durch Aufmerksamkeitsstörungen erklären wollen. Damit ist nicht viel gewonnen, besonders da man ebenso gut umgekehrt die Aufmerksamkeitsstörung aus der Ideenflucht erklären kann. Vielleicht genügt folgende Auffassung: Bedingung eines geregelten Denkens ist die Hemmung nicht zum Thema gehörender Ideen durch die Hierarchie der Zielvorstellungen. Der hemmende Widerstand in den Schaltungen ist, wie wir auch sonst annehmen müssen, ein relativer. Nun werden beim Manischen intrapsychische Funktionen zu leicht angeregt (die Kranken fühlen das „Zuströmen" der Gedanken), die Reizschwelle erscheint kleiner, das Verhältnis von Hemmung zu Funktion ist verschoben. Der normale Widerstand durch die Zielvorstellung genügt nicht mehr, nicht dazugehörige Assoziationen zu hemmen.

Melancholische Erschwerung der Assoziationen (Hemmung).

In der pathologischen Depression haben wir eine Erschwerung des Gedankenganges, die beim gesunden Traurigen schon angedeutet ist: Das gesamte Denken geht langsam und subjektiv mühsam vonstatten. Die Änderung der Zielvorstellung ist schwierig, oft unmöglich, und die

[1]) Isserlin, Psycholog. Untersuchungen an Manisch-depressiven. Mon.-Schr. für Psych. u. Neur. XXII, 512.

bevorzugte Zielvorstellung, von der die Patienten nicht loskommen, ist ihr eingebildetes Unglück (Monideismus). Oft bemerken die Kranken den Mangel an Ideen selbst und empfinden ihn als Öde und Langeweile. Ideen, die den traurigen Vorstellungen widersprechen, können schwer oder gar nicht zugezogen werden, und so wird das Urteil in vielen Richtungen verfälscht, und es kommt leicht zur Ausbildung von Wahnideen. Manchmal machen die Kranken auch bei oberflächlichem Zusehen den Eindruck von Schwachsinnigen.

Die schizophrene (traumhafte) Assoziationsstörung.

(Zerfahrenheit Kraepelins).

Während bei Ideenflucht und Denkhemmung das durch Erfahrung erworbene Gefüge der Assoziationsverbindungen nicht gelockert wird, schränkt die Schizophrenie seine Bedeutung ein. Weder der Manische noch der Gesunde werden bei Nennung des Namens Brutus an das moderne Italien denken; der Schizophrene aber kann den Römer unter Außerachtlassung der in den Ausdrücken liegenden Zeitkomponente einen „Italiener“ nennen; er kann die Lage Ägyptens bezeichnen „zwischen Assyrien und dem Kongostaat“, wieder die Zeiten ignorierend, denen die beiden Staaten angehören, und zugleich in ganz bizarrer Weise die nächstliegende Ortsbezeichnung (etwa „Nordosten von Afrika“) an eine ganz verzwickte vertauschend.

In den folgenden zwei Äußerungen fehlt eine klare Zielvorstellung, doch bleiben die Kranken fast ganz innerhalb des zufälligen Themas der alten Geschichte resp. des Orients. Die Einzelassoziationen erscheinen zufällig oder durch Klangähnlichkeiten oder andere dem Normalen fremde Beziehungen angeregt. Der Unterschied gegenüber der Ideenflucht besteht darin, daß der Normale die Einzelschritte der letzteren verstehen kann, während im schizophrenen Gedankengang manche Schritte dem Gesunden unverständlich sind oder so bizarr erscheinen, daß sie ihm nie in den Sinn gekommen wären.

Epaminondas war einer der namentlich zu Wasser und zu Lande mächtig war. Er hat große Flottenmanöver und offene Seeschlachten gegen Pelopidas geführt, war aber im zweiten punischen Krieg aufs Haupt geschlagen worden durch das Scheitern einer Panzerfregatte. Er ist mit Schiffen von Athen nach dem Hain Mamre gewandert, hat caledonische Trauben und Granatäpfel hingebracht und Beduinen überwunden. Die Akropolis hat er mit Kanonenbooten belagert und liess die persische Besatzung als lebende Fackeln verbrennen. Der nachherige Papst Gregor VII—äh—Nero folgte seinem Beispiel u. durch ihn wurden alle Athener, alle romanisch-germanisch-keltischen Geschlechter, die den Priestern gegenüber keine günstige Stellung einnahmen, durch den Druiden verbrannt am Fronleichnamstag dem Sonnengott Baal. Das ist die Periode der Steinzeit. Speerspitzen aus Bronce. (Nachstenographiert)

Die Blühtezeit für Hortikulteur

Zur Zeit des Neumondes steht Venuss am Augusthimmel Aegyptens und erleuchtet mit seinen Lichtstrahlen, die Kauffahrteihäfen, Suez, Kairo und Alexandria. In dieser historisch berühmten Kalifenstadt, findet sich das Museum assyrischer Denkmäler von Makedonien. Dort gedeihen neben Pisang Maiskolunen, Hafer, Klee und Gerste auch Baananen, Feigen, Citronen, Orangen und Oliven. Das Olivenöl ist eine arabische Liqueur Sauce, mit welcher, die Afghanen, Mauren und Moslemiten die Straussenzucht betreiben. Der indische Pisang ist der Whiyski des Parsen und Arabers Der Parse oder Kaukasier besitzt genau so viel Beeinflussungskraft auf seinen Elephanten wie der Maure auf sein Dromedar. Das Kameel ist der Sport des Juden und Jndier. Jn Jndien gedeiht vorzüglich Gerste, Reis und Zuckerstock das heisst Artischoc. Die Brahmanen leben in Kasten auf Beladschistan. Die Tscherkessen bewohnen die Mandschurei von China. China ist das Eldorado dess Pawnes. („Brief“ eines Schizophrenen)

Manchmal wird die Verbindung nach äußeren Zufällen gemacht. auch wenn nicht der mindeste wirkliche Zusammenhang besteht: Der Kranke gibt als Grund einer Gewalttat an: daß „der Wärter eine weiße Schürze trägt", nur weil der Wärter gerade dabei steht, da man die Frage stellt.

Gar nicht selten tauchen neue Gedanken auf ohne jeden Zusammenhang mit den vorhergehenden, teils als „Einfälle", teils ohne daß die Kranken die Abnormität bemerken. Häufen sich die letzteren Vorkommnisse, so wird der Gedankengang zerfahren und schließlich geht der Zusammenhang vollständig verloren: Die einzelnen Gedanken hängen für den Beobachter — und meist auch für den Patienten — gar nicht zusammen, ja es kommt nicht selten vor, daß er überhaupt zu keinen eigentlichen Gedanken mehr gelangt, indem Begriffe ohne jeden logischen Zusammenhang aneinander gereiht werden. (Vgl. unten „Verwirrtheit", ferner die weiteren Details über das schizophrene Denken im Kapitel Schizophrenie: Verdichtungen, Verschiebungen, Symbole.)

Im Ablauf der Gedanken sehen wir bei der Schizophrenie die verschiedensten Störungen. Besonders wichtig sind die Sperrungen: der Gedankengang hört auf einmal auf, für Sekunden bis Tage („Gedankenentzug"). Ist die Sperrung gehoben, so taucht häufig ein neuer Gedanke auf, der gar nicht mit demjenigen vor der Sperrung zusammenhing.

Die Unterscheidung der Sperrung von der Hemmung ist sehr wichtig; die letztere bedeutet Depression, die erstere Schizophrenie (Vorbehalt unten) und dennoch haben die beiden Symptome äußerlich viel Ähnliches.

Bei hochgradiger Störung sind die Reaktionen bei beiden Anomalien ganz oder nahezu auf Null reduziert. Aber auch, wenn Gesperrte zu antworten versuchen, sind die Sperrungen — namentlich in akuten Fällen — soweit sie sich in den Bewegungen ausdrücken, oft nur mit einer gewissen anhaltenden Anstrengung zu überwinden, so daß der Gesperrte dann ebenfalls kraftlose und langsame Bewegungen und leise Worte hervorbringt[1]). Meist aber lassen sich die beiden Störungen leicht auseinander halten, indem Gesperrte, wenn die Sperrung einmal durchbrochen ist, ebenso rasch und kräftig wie Gesunde reagieren können. während Gehemmte immer das Mühsame der Bewegung merken lassen. (Wenn der Unterschied nicht in spontanen Äußerungen zum Vorschein kommt, so kann man die Kranken z. B. möglichst rasch auf zwanzig zählen oder die Hände umeinander drehen lassen.)

Die depressive Hemmung ist der Verlangsamung der Bewegung einer Flüssigkeit in einem Röhrensystem bei zunehmender Viskosität zu vergleichen, die Sperrung dem Abschluß eines Hahnes bei sonst leichter Beweglichkeit der Flüssigkeit. KRAEPELIN vergleicht die Hemmung einem schlecht geölten Uhrwerk, die Sperrung der Einschiebung eines Hindernisses zwischen die Räder. Ich benutze das Bild deshalb nicht, weil das eingeschaltete Hindernis nicht ein von außen kommendes ist, sondern einem physiologischen Mechanismus entspricht, der nur pathologisch mißbraucht werden kann.

---

[1]) Wahrscheinlich handelt es sich in solchen Fällen nicht um einfache Sperrungen. sondern um eine Kombination mit einer dritten Art Erschwerung der psychischen Vorgänge, die wir noch nicht herausheben können (Schwellungsprozesse im Gehirn usw.).

Die Sperrung an sich ist keine pathologische Erscheinung. Auch beim Gesunden bringen mancherlei Affekte die Gedanken und die Bewegungen zum Stillstand („Examenstupor", „Affektstupor"). Ausgesprochene Sperrungen können wir deshalb bei allen Nervösen und namentlich bei Hysterischen sehen. Wo sie aber psychologisch ungenügend begründet sind oder sich verallgemeinern oder zu lange dauern, erlaubt ihr Vorhandensein die Diagnose der Schizophrenie.

Die Sperrung ist eine plötzliche Sistierung psychischer Vorgänge durch Affektwirkung und nur ein besonders eklatanter Spezialfall der allgemeinen Hemmungswirkung, die heterogene zentralnervöse, resp. psychische Funktionen, Vorstellungen, Impulse, Triebe, Affekte aufeinander ausüben, d. h. einer Funktion, die wir in der Physiologie als „Hemmung" zu bezeichnen gewohnt sind. (Reflexhemmung durch interkurrente Reize, Hemmungsnerven des Herzens, SETSCHENOWsche Hemmungszentren usw.) In der Psychopathologie bezeichnet das Wort „Hemmung" zunächst, wie wir eben gesehen haben, aus historischen Gründen etwas ganz anderes, die allgemeine Erschwerung des Gedankenganges bei melancholischen Zuständen. Es gibt allerdings auch noch andere allgemeine Erschwerungen der psychischen Vorgänge, für die wir noch keine speziellen Bezeichnungen haben, weil wir sie nicht recht kennen; Viele nennen sie nach den Ursachen: schizophrene Hirnschwellung, Hirndruck überhaupt, Vergiftung, epileptische Störung, Hirntorpor. Anderseits spricht man wieder von „Hemmungen" im moralischen Sinne; eine Psychose oder der Alkohol vernichten die Hemmungen unrichtigen Handelns. Hier lehnt sich die Bedeutung des Ausdrucks wieder an seine gewöhnliche physiologische an.

Im äußerlichen Gegensatz zur Sperrung fühlen Schizophrene häufig ein „Gedankendrängen"; sie sind gezwungen zu denken. Der Inhalt erscheint dabei subjektiv oft als ein reicher und vielfacher und als ein fortschreitender Gedankengang. Versucht man aber näher einzudringen, so bekommt man in der Regel den Eindruck, daß die Kranken immer die nämlichen Ideen denken müssen. Meist ist mit dem Gedankendrängen das unangenehme Gefühl der Anstrengung verbunden. Das Aktivitätsgefühl kann aber auch fehlen, „es denkt" dann in den Patienten, oder man macht ihnen Gedanken.[1]

Von Zwangsideen unterscheidet sich das Gedankendrängen dadurch, daß bei jenem die Obsession mehr im Inhalte liegt, hier im Vorgange. Der Zwangskranke kann eine Befürchtung, einen Impuls nicht los werden. Hier aber ist es die Funktion des Denkens selbst, die als Automatismus oder als Zwang empfunden wird, ganz unabhängig vom Inhalt, der im Prinzip beliebig wechseln kann.

Außerdem können die Gedanken zu schnell ablaufen wie bei der Ideenflucht oder gehemmt sein, oder es kann namentlich die Zahl der zur Verfügung stehenden Begriffe sehr vermindert und der Gedankengang gleich fertig, „kurz" sein.

Das zeigt sich bei wichtigen wie bei nebensächlichen Ideengängen: Der Patient soll eine gelesene Fabel erzählen, bringt es aber ohne einen neuen Anstoß nur bis zum nächsten Schritt der Erzählung. Er soll über seine Scheidung berichten, weiß zunächst nichts zu sagen als: ich bin geschieden. (Warum denn?) Sie ist mir fortgelaufen. (Warum?) Wir kamen nicht aus. (Warum?) Wegen eines Kindes usf.

Die krankhafte Kürze der Assoziationen ist natürlich zu unterscheiden von der äußerlich ähnlichen bei Leuten, die aus irgendeinem Grunde nicht gern Auskunft geben.

Wir finden bei der Schizophrenie auch manchmal eine besondere Art der Perseveration, die allerdings in ihren spezifischen Eigentümlichkeiten noch nicht recht zu beschreiben ist, obwohl wir annehmen müssen, daß sie sich von anderen Formen unterscheidet. Zufällige psychische Vorgänge, Gedanken und Handlungen können sich stereotypieren: ein Gedanke wird in allen Varianten, Zusammenhängen immer wieder gedacht und ausgesprochen, „zu Tode gehetzt", und vor allem bilden gefühlsbetonte Komplexe stereotype Gewohnheiten (siehe Stereotypien).

Die Assoziationen bei organischen Psychosen.

Bei den organischen Psychosen ist die Zahl der gleichzeitig zur Verfügung stehenden Einzelbegriffe vermindert, was sich am deutlichsten beim Rechnen demonstrieren läßt. Während die Kranken im Normalzustand z. B. eine Addition von vierstelligen Zahlen im Kopfe machen konnten, geht es jetzt nur noch mit einer einstelligen plus eine zweistellige Zahl (auch ohne daß die Aufgabe vergessen wird). Charakteristisch ist nun für die organische Beschränkung, daß die Auswahl und Ausschließung der Assoziationen hauptsächlch im Sinne der Affektwirkung geschieht, indem da, wo Affekte oder Triebe in Frage kommen, in erster Linie diejenigen Assoziationen fehlen, die dem Trieb widersprechen: Beispiele sind der sonst moralische Senile, der in geschlechtlicher Erregung in einem Kinde nur noch das Weib sieht und es mißbraucht, der Paralytiker, der vor ein paar Dutzend Zuschauern irgend einen begehrten Gegenstand stiehlt und unter seinem Kleid verbirgt, oder aus dem Fenster eines oberen Stockwerkes springt, um einen herabgefallenen Zigarrenstummel aufzuheben (KRAEPELIN). Ein Seniler kann seine Mutter wie eine Heilige rühmen und gleich darauf in anderer Konstellation nur Böses von ihr zu erzählen haben.

Diese jeweilige Beschränkung des Denkens auf ein bestimmtes Bündel von Ideen — es ist, wie wenn man im Physischen sich durch ein Schlüsselloch orientieren sollte — bringt die Kranken in Gefahr, große Dummheiten zu begehen: sie lassen sich in Geschäfte ein, ohne das Risiko in Betracht zu ziehen, sie schließen dumme Heiraten usw.

Eine Beschränkung der Assoziationen tritt ferner ein in dem Sinne, daß die Kranken (namentlich die Senilen, weniger die Paralytiker und Korsakowkranken) egozentrischer werden und sich besonders gern mit ihrem eigenen Wohl und Wehe beschäftigen, oft in sehr kleinlicher Weise. Doch sind sie viel mehr als z. B. die Epileptiker fähig, sich auch um anderes zu kümmern, soweit sie es noch erfassen können; speziell können sie sich mit vollem, ja mit übertriebenem Affekt um das Ergehen ihrer Freunde und Feinde interessieren. Im Gespräch haben die Kranken Mühe, von einem Gedanken zum anderen zu gehen. Auch wenn die primäre Auffassung noch ganz gut ist, antworten sie auf eine Frage, die nicht genau zum früheren Thema gehört, oft erst nach mehrfacher Wiederholung oder dann im Sinne des früheren Gedankenganges: so kommt es oft vor, daß sie noch über Personalien Auskunft geben, wenn man damit fertig ist und vielleicht über ihren Bildungsgang etwas wissen möchte.

Auch sonst kommen sie oft von einer Idee nicht los: Sie wiederholen im Assoziationsexperiment eine zufällige Reaktion immer wieder, nennen

beim Wahrnehmungsversuch einen Federhalter eine Kuh, wenn ihnen vorher ein solches Tier gezeigt worden ist (Perseveration).

Der zeitliche Verlauf der organischen Assoziationen ist (wenigstens bei der Paralyse und den senilen Formen) meistens verlangsamt. Es gibt, namentlich bei Senilen, auch noch besondere akzessorische Prozesse, die die psychischen Vorgänge erschweren und verlangsamen, Hirndruck und anderes, das noch nicht recht bekannt ist. Besonders regelmäßig zeigt sich die Verlangsamung bei den experimentellen Assoziationen; aber dabei mag die Schwierigkeit der Auffassung mitspielen. Diese Assoziationen sind ferner gefühlsbetont, naheliegend, enthalten häufige Wiederholungen, teils im Sinne der Perseveration, teils in dem der Gedankenarmut; die Beschränkung der Reaktion auf ein einzelnes Wort wird schwer oder unmöglich.

Häufig ist die Diagnose innerhalb weniger Augenblicke aus den fortlaufenden Assoziationen schwatzender Organischer zu machen, ohne daß es bis jetzt möglich gewesen wäre, das Charakteristische in einer Beschreibung genügend herauszuheben. Es handelt sich meistens um ein langsames Fortschreiten des Ideenganges mit Neigung zu Wiederholungen; die Rede drückt oft schon inhaltlich, noch mehr aber in der Betonung, starken Affekt aus. Oft ist alles nur ein Jammern oder Rühmen, mit oder ohne bestimmtes Thema. Durch die Affektbetonung viel mehr als durch größere Beweglichkeit und den besseren intellektuellen Zusammenhang unterscheiden sich solche Ergüsse von dem Gejammer depressiver Schizophrener, deren Affektäußerungen, auch wenn vorhanden, eine ausgesprochene Steifigkeit kaum je verleugnen.

„Mein liebster Herr Doktor, ich hab ja ganz falsch, o Gott im Himmel erbarme dich meiner, Vater im Himmel erbarme dich. Guter Herr Doktor, helfen Sie mir. Laßt mich raus. Himmlischer Vater verlaß mich doch nicht. Das bin ich nicht imstande. Ich bin ja ganz richtig. Sind Sie doch barmherzig. Ich kann ja nicht anders, ach, liebster Gott. Nein, nein, nein, ich muß fort, seid doch barmherzig. Herr Doktor, sind Sie doch barmherzig. Ach, Jesus Christus, erbarme dich meiner. Ich fehle ja an allen Ecken und Enden. Ein falsches Urteil habe ich. Es ist ja weiter nichts Wichtiges. Seid mir Sünder barmherzig. O, Herr Doktor, verzeihen Sie mir noch einmal."[1])

Die experimentellen Assoziationen[2]) sind bei den ausgesprocheneren Fällen recht charakteristisch; wenn Epilepsie, die ähnliche Eigentümlichkeiten aufweist, nicht in Frage kommt, erlauben sie manchmal allein die Diagnose. Alle Reaktionen sind verlangsamt. Die Vorstellungsverarmung zeigt sich sehr deutlich in den sich wenig vom Reizwort entfernenden Reaktionen und Allgemeinheiten: grün — ist überall; Grün — 's Grüne draußen. Wie bei den Oligophrenen bestehen eine große Zahl der Reaktionen in Tautologien, Definitionen oder Ortsbestimmungen u. dgl. Doch sind auch diese gern verschwommen: Familie — etwas im Haus drin. Gebildete helfen sich über die Ideenarmut mit den nächstliegenden Wortassoziationen weg. Die Perseverationstendenz tritt oft sehr stark hervor. Die Affektivität zeigt sich in vielen Reaktionen wie bei den Epileptikern, doch viel weniger wertend, manchmal auch in bloßen Interjektionen: Richtig — oho! richtig; Tisch — potztausend. Die Komplexe äußern sich direkt ohne Verdrängung. Egozentrische Reaktionen sind häufig und sollen bei Paralytikern hauptsächlich ganz banal (schlimm — ich wüßte nichts Schlimmes), beim Senilen oft Reminiszenzen früherer Erlebnisse sein (Berg — ich bin einmal im Horgener Berg gewesen, von da habe ich müssen zu Fuß heimgehen von der Kaserne). Wie aus solchen Beispielen ersichtlich, sind auch die Organischen, sobald die Krankheit einen gewissen Grad erreicht hat, nicht mehr fähig, mit einem Wort zu antworten;

---

[1]) Wernicke, Psychiatrie, S. 384. Thieme, Leipzig 1900.

[2]) Brunnschweiler, Über Assoziationen bei organisch Dementen. Zürcher Diss. 1912.

sie können den Begriff nicht isolieren, müssen eine ganze Idee sagen, das was sie bewegt.

Die Assoziationen der organischen Verwirrtheitszustände sind noch ungenügend erforscht. Oft kann man aber durch die Verwirrtheit hindurch den beschriebenen Typus des Dauerzustandes erkennen.

Die Assoziationen der Oligophrenen.

Auch der Ideengang der Imbezillen und Idioten ist ein beschränkter. Aber hier wird nicht die Zielvorstellung das Bestimmende, sondern es fehlen diejenigen Ideen, die ferner liegen, die nicht der unmittelbaren sinnlichen Wahrnehmung entspringen oder komplizierter sind und diejenigen, die selteneren Erfahrungen entsprechen. Der Imbezille vergißt nicht, daß man sich weh tun kann, wenn man aus einem hochgelegenen Fenster springt; er könnte aber verunglücken, indem er an einem Spalier hinunterklettert, dessen Tragfähigkeit er überschätzt. Ein Imbeziller WERNICKEs führte einen Wagen, der an einen Stein stieß und deshalb nicht weiter kam. Er schlug nun auf die Pferde ein, statt das Hindernis zu umgehen; daß man zur Peitsche greift, wenn der Wagen nicht weiter gehen will, ist eben das Gewöhnliche, während es selten vorkommt, daß man ein Hindernis zu umfahren hat, das mitten auf der Straße liegt. — Neben den den unverarbeiteten Wahrnehmungen entsprechenden Ideen sind „naheliegend“ und zugleich „häufig“ diejenigen, die das Ich betreffen und gehören also zu denen, die am leichtesten gedacht werden können. In diesem Sinne kann man auch bei den Imbezillen manchmal von einer gewissen — an sich nicht hochgradigen — Egozentrizität sprechen. Näheres s. im Kapitel Oligophrenie.

Die Assoziationen der Epileptiker.

In den Assoziationen der Epileptiker findet man manchmal aus selbstverständlichen Gründen (begleitende angeborene Schwäche plus Hirnatrophie) ähnliche Störungen wie bei Imbezillen und Organischen, daneben aber die spezifisch epileptischen Zeichen, die so charakteristisch sind, daß man in den einigermaßen ausgesprochenen Fällen daraus die Diagnose machen kann. Immerhin ist die Abgrenzung gegen die Organischen noch nicht scharf genug. Am deutlichsten sieht man die Abnormität in den experimentellen Assoziationen: Langsamkeit des Ablaufs, Schwierigkeit, mit einem einzigen Worte zu antworten und häufige Anwendung von ganzen Sätzen, die oft sehr unscharf sind und sonderbare Ausdrücke und Wendungen enthalten, armseligen Inhalt (Tautologien, nichtssagende Definitionen usw.), viele affektausdrückende Bezeichnungen, worunter oft Werturteile (gut, schön, gerecht, „man soll“, moralisierende Tendenzen), Perseveration, weniger in dem Sinne, daß der Kranke an einer Reaktion direkt hängen bleibt, sondern so, daß ein einmal gebrauchtes Wort, eine Wendung, eine Satzform später leicht wieder auftaucht. Der ganze Ideenkreis schränkt sich nach und nach sehr stark auf ihr eigenes Ich ein.

Beispiele: Die Ideenarmut äußert sich unter anderem in nichtssagenden Assoziationen, grammatischen Weiterbildungen, Tautologien usw.:

lang — ist nicht kurz,
lieb — was man gern hat, hat man auch lieb,
Herz — Menschen,
Schlagen — die Menschen,
Opfer — es gibt allerlei Opfer,
Wunder — wundern.

Egozentrische Beziehungen:
Wunsch — Gesundheit,
natürlich — würde man lieber gesund sein als krank,
Zeit — hätte ich gerne fürs Glück.

Gefühlsbetonung und affektive Wertung:
grünlich — ist schöne Farbe,
süß — ist gut,
Scheiden — ist nicht schön,
Jugend — Freude,
schlagen — schlechte Menschen schlagen.

Ungeschickte und unklare umständliche Ausdrücke:
Glück — freudenhaft oder so[1]),
Zorn — der Mensch ist zornhaft[1]),
Blume — die Blume gehört zur Zierde der Fensterstöcken von den Wohnungen der Menschen, nicht wahr?[2])
spitz — spitz kann man machen, was man im Geschäft macht, wenn man einen Stein macht oder sonst etwas[2]) (will etwa sagen: „spitzer Stein").

Eine Art Perseveration fällt auch in der freien Rede am meisten auf, indem die Patienten schwer von einem Gedanken loskommen. Sie wiederholen sich wörtlich oder in Tautologien, brauchen umständliche Ausdrucksweisen, bringen eine Menge unwesentlicher Kleinigkeiten und Kleinlichkeiten, verlieren aber das Ziel nicht, lassen sich auch durch Aufforderungen, zur Hauptsache zu gehen, nicht von ihren Schneckengängen abbringen, wie überhaupt die Ablenkbarkeit der Epileptiker eine abnorm geringe ist. Die Umständlichkeit des Denkens drückt sich manchmal auch in ihren Handlungen und im ganzen Gebaren aus.

Während ein Gesunder sich sozusagen in einem Tempo setzt, muß mancher Epileptiker den Stuhl besonders zurechtstellen, dann betrachtet er sein lokales Verhältnis zum Stuhl, dann begibt er sich in die richtige Stellung zu demselben, darauf hat er die Kleider anzupassen, z. B. die Rockschöße auseinander zu ziehen, und nun endlich kann er sich in gespreizter Weise niederlassen.

Im Sprechen fällt häufig ein momentanes Häsitieren, Hängenbleiben auf; die Kranken kommen nicht weiter, wiederholen dabei oft eine Silbe mehrmals, und dann geht es wieder weiter. Das Symptom ist sichtlich der Ausdruck eines zögernden Gedankenganges; es ist, wie wenn Harz in einer Maschine wäre, das sie oft für einige Augenblicke zum Stillstand bringt und dann wieder gehen läßt.

Die Intensität dieser Symptome geht im allgemeinen parallel dem Grade der Verblödung; doch wechselt sie auch beim nämlichen Patienten sehr stark und ist namentlich nach Anfällen und in Dämmerzuständen ausgesprochen.

Das Plus, das bei den Dämmerzuständen hinzukommt, ist noch nicht charakterisiert. Manchmal sieht man in der Hauptsache eine enorme Übertreibung der beschriebenen Eigentümlichkeiten; in anderen Fällen scheint ein Novum hinzuzukommen, das man unrichtigerweise auch als Inkohärenz bezeichnet hat.

Die Assoziationen der Hysterie.

Die hysterischen Assoziationen sind noch ungenügend bekannt. Doch findet man oft im Experiment besonders starke und häufige Zeichen von Affektwirkungen (unregelmäßig, aber in vielen Einzelfällen hoch-

---

[1]) Fuhrmann, Analyse des Vorstellungsmaterials usw. Diss. Gießen. 1902.
[2]) Holzinger, Assoz. Versuche bei Epilepsie. Diss. Erlangen. 1908.

gradig verlängerte Zeiten, ausfallende Reaktion, oberflächliche Assoziation. starken psychogalvanischen Ausschlag)[1]). Im hysterischen Dämmerzustand wird die Wirklichkeit systematisch ausgeschaltet und dafür eine andere Welt erträumt, wozu Fälschungen der Logik und Sinnestäuschungen dienen.

Die Assoziationen der Neurastheniker.

Neurastheniker antworten im Experiment auffallend oft auf das *Reizwort*. statt auf dessen *Sinn*, gleich wie akut Erschöpfte; im übrigen sind ihre Assoziationen noch nicht genügend studiert und wohl auch so wenig unter einen Gesichtspunkt zu bringen wie die Krankheitsbilder, die man so benennt.

Die Assoziationen der Paranoiker

sind, soweit sie pathologisch sind, rein katathyme (vgl. Affekte S. 25). Sonst bieten sie nichts Besonderes.

Andere Assoziationsstörungen.

Außer diesen Assoziationsstörungen, die für bestimmte Krankheiten oder Zustandsbilder charakteristisch sind, gibt es manche andere, die wir noch nicht kennen; sie bilden die Grundlage der deliriösen, soporösen und vieler verwirrten dämmerigen Zustände bei Fieber, innern und äußeren Vergiftungen, bei allerlei Hirnkrankheiten usw.

Auch außerhalb der Schizophrenie gibt es eine krankhafte Kürze der Assoziationen: der Patient ist mit seinen Gedanken immer gleich fertig, seien es eigene oder durch Fragen und Anregung von außen gebotene; es kommt ihm nichts Anknüpfendes in den Sinn, auch wenn es notwendig folgen sollte, z. B. wenn er etwas erzählen möchte (und zwar ohne daß Sperrung oder melancholische Hemmung vorhanden wäre). Wir treffen solche kurze Assoziationen, außer in gewissen Benommenheitszuständen der Schizophrenie, bei organischen Psychosen. in epileptischen Ausnahmszuständen, in leichtem Sopor verschiedener Art usw.

Ein Monideismus kann auch aus ganz anderen Gründen als bei der depressiven Hemmung entstehen, so in allerlei Dämmerzuständen, wo systematisch nur eine Idee den Patienten beherrscht (z. B. anzuzünden) ohne Vorstellung von Begründung und Konsequenzen der Handlung, in Delirien bei leichter Hirnerschütterung, wo irgendeine zufällige, meist nicht klar werdende Vorstellung den Patienten für längere Zeit ganz allein in Anspruch nimmt und auch durch Ablenkung von außen nicht verdrängt werden kann. Es ist selbstverständlich, daß in solchen Zuständen der Monideismus etwas prinzipiell anderes ist als in der Hemmung.

Die früher erwähnten Störungen bei Hirndruck, Vergiftungen usw. sind noch nicht recht bekannt.

„Verwirrtheit".

Verwirrtheit ist keine einheitliche Assoziationsstörung im gleichen Sinne wie die bisher gezeichneten, sondern der Ausdruck ganz verschiedener Anomalien des Gedankenganges, die einen höheren Grad erreicht

---

[1]) D. h. Verminderung des elektrischen Hautwiderstandes beim Auftreten von Affekten.

haben. Sie ist weder ein einheitliches Symptom noch ein Krankheitsbild und kann sogar durch Störungen hervorgebracht werden, die außerhalb des gewöhnlichen Assoziationsbegriffes liegen (siehe unten: halluzinatorische Verwirrtheit).

Von den bekannten Assoziationsstörungen ist es natürlich die schizophrene, die sich am leichtesten zur Verwirrtheit steigert, da es im Prinzip derselben liegt, die Gedanken auseinander zu reißen („Zerfahrene Verwirrtheit" KRAEPELINs). In den akuten Zuständen der Schizophrenie kommt es vor, daß nicht nur die Gedanken sich verwirren, sondern schon die falsche Anknüpfung der ersten Assoziationen an die Sinnesempfindungen zu einer illusionistischen Desorientiertheit führt. Auch die Bewegungen entsprechen nicht den Gedanken, ja sie können in ihrer Koordination gestört erscheinen. Ebenso verbinden sich paramimische und parathyme Erscheinungen damit.

KRAEPELIN hebt auch eine kombinatorische Verwirrtheit heraus, bei der so viel Vorstellungen plötzlich aufschießen, daß sie nicht geordnet und überblickt werden können. Immerhin kristallisieren sich diese Ideen später meist zu dauernden Wahngebilden. Es handelt sich also für uns um eine Form schizophrener Verwirrtheit (die Definition könnte übrigens auch gewisse manische Zustände in sich schließen).

Der schizophrenen kommt am nächsten die traumhafte Verwirrtheit deliriöser Zustände, die nach KRAEPELIN etwa zu charakterisieren wären durch Auffassungsstörung, rasches Verblassen der Wahrnehmungen und Hervortreten rein sinnlicher Vorstellungsbestandteile, die bunte abenteuerliche Erlebnisse vorspiegeln, ohne daß deren Widersprüche aufgefaßt werden können. Die Form ist ungenügend bekannt und wird wohl später in mehrere zerfallen müssen.

Man spricht auch von halluzinatorischer Verwirrtheit[1]), bei der durch massenhafte unzusammenhängende Sinnestäuschungen Orientierung, Gedankengang und Handlungen unverständlich werden. Daß die Halluzinationen so unzusammenhängend sind, ist aber wohl schon Folge irgend einer Art Assoziationszerfall[2]); auch ist die Abgrenzung der halluzinatorischen Verwirrtheit von der vorhergehenden und der folgenden Form unmöglich.

Eine stuporöse Verwirrtheit entsteht dadurch, daß irgendeine Erschwerung des Gedankenganges die Verarbeitung äußerer Eindrücke und die Reaktionen verhindert. Oft bestehen dabei Halluzinationen. Numerisch der größte Teil dieser Formen wird der Schizophrenie angehören.

In seltenen Fällen kann auch eine ähnliche Verwirrtheit infolge der depressiven Hemmung entstehen, wo rasch aufeinander folgende Eindrücke und Denkaufgaben nicht genügend verarbeitet und verstanden werden können. Ihrer Natur nach ist sie meist vorübergehend.

Eine „organische Verwirrtheit" kann entstehen infolge der Verlangsamung und Beschränkung der Assoziationen bei Paralyse und senilen Psychosen. Die schwereren und häufigeren Verwirrtheiten bei diesen Krankheiten haben aber wohl anderen Ursprung (sie kommen namentlich bei fortschreitenden, auch lokalen Prozessen, z. B. Erweichungen vor) oder sind Teilerscheinungen von Dämmerzuständen.

Gelegentlich kann sich die Ideenflucht zur ideenflüchtigen Verwirrtheit steigern, doch hat man sich vor Verwechslungen mit einer schizophrenen Assoziationsstörung zu hüten, die kompliziert wird durch Ideenflucht, und wie jedermann weiß, führen mächtige Gefühlsschwankungen bei Gesunden und Kranken einmal zu affektiver Verwirrtheit.

Die Ausdrücke Inkohärenz und Dissoziation, die oft verwirrte Gedankengänge bezeichnen, passen am besten auf die schizophrene Assoziationsstörung, bedeuten aber nichts Charakteristisches. Inkohärenz ist ein Name

---

[1]) Bei einigen gleichbedeutend mit Amentia.

[2]) Die Unterscheidung von primärer und sekundärer Verwirrtheit scheint mir deshalb ziemlich bedeutungslos.

für jeden ungenügenden Zusammenhang der Ideen, besonders in den aufeinander folgenden Einzelheiten, aber auch in bezug auf verschiedene Zielgedanken. — Etwas Ähnliches meint der Ausdruck Dissoziation, der ganz bezeichnend wäre, aber immer noch für verschiedene Arten unvollständiger Gedankengänge gebraucht und deshalb von uns vermieden wird. Es ist etwas ganz anderes, wenn ein Schizophrene zusammengehörige Begriffe auseinanderreißt und mit nicht zusammengehörigen verbindet, als wenn ein Paralytiker vergißt, daß er gelähmt ist, und erklärt, er mache heute nachmittag einen Wettlauf, oder wenn er einen Eisenbahnzug von außen zeichnet, die Reisenden aber auf ihren Bänken sitzend darstellt, wie man sie nur im Innern des Wagens sieht.

Weitschweifigkeit und Umständlichkeit.

Wir haben bei den Assoziationen der Epilepsie der Umständlichkeit und Weitschweifigkeit[1]) gedacht. Dieses Symptom kommt auch auf Grund anderer Störungen vor und entspringt überhaupt verschiedenen Wurzeln. Solange der Ideenflüchtige noch auf sein Hauptthema zurückkommen kann, mag er als umständlich gelten, da er viele Details und Nebensachen ausmalt, die unnötig sind. So ist Weitschweifigkeit oft das erste auffallende Zeichen beginnnender Manie. — Der Imbezille kann umständlich sein, weil er das Wesentliche vom Unwesentlichen nicht trennen kann und deshalb die Nebensachen eben so breit ausführen muß wie die Hauptsachen. Wiederholungen und Tautologien, die den umständlichen epileptischen Gedankengang auszeichnen, fehlen bei Manischen und Imbezillen gewöhnlich. Auch der Senile wird bekanntlich umständlich, teils weil der Gedankengang eingeschliffene Bahnen findet, denen er nicht mehr ausweichen kann, teils namentlich, weil ihm bei der Lebhaftigkeit der Affektbetonung und bei der Einengung der Assoziationen, die die Übersicht erschwert, das Nebensächliche so wichtig erscheint wie die Hauptsache. Vielleicht gibt es auch noch andere, unbekannte Gründe für die senile Umständlichkeit.

Manchmal entsteht die Umständlichkeit aus einem Gefühl der Unsicherheit heraus, das zur Hinzufügung von allerlei korrigierenden und ergänzenden Bestimmungen drängt. In dieser Form kann sie bei den verschiedensten Zuständen auftreten. Ebenso wenn sie benutzt wird, um einen unerwünschten Entschluß hinauszuschieben.

Autochthone Ideen, Überwertige Ideen, Zwangsideen (Zwangshandlungen).

Wernicke hat den Begriff der autochthonen Ideen, die übrigens, wenn auch unbenannt, doch schon längst bekannt waren, genauer herausgearbeitet, ohne viel Berücksichtigung zu finden. Wenn auch bei jedem Menschen gelegentlich Ideen auftauchen können, deren Erscheinen er sich nicht erklären kann, so gehören die pathologischen Formen derselben wohl nur der Schizophrenie an: Ohne jeden bemerkbaren Zusammenhang mit dem aktuellen Ideeninhalt kann eine Idee auftauchen, meist gut in Worten formuliert. Manchmal glaubt der Patient trotz unrichtigen Inhalts daran, dann ist es eine („primordiale") Wahnidee; wenn er sich ihr kritisch gegenüber stellt, nennt man sie autochthone Idee. Jedenfalls aber fühlt er sie als etwas seinem Geiste Fremdes und ist deshalb geneigt, sie einem äußeren Einfluß zuzuschreiben.

Die überwertigen Ideen sind Ideen, die sich immer auf- und vordrängen, meist Erinnerungen an ein affektvolles Erlebnis, die aber zum Unterschied von den autochthonen Ideen nicht als fremd und zum Unterschied von den Zwangsideen auch nicht als unrichtig empfunden werden. Sie sind vollständig mit der Person verwachsen und unterscheiden sich von gewöhnlichen gefühlsbetonten Ideen nur dadurch, daß man sie auf die Dauer nicht los wird, und daß sie die

---

[1]) Zwei nicht identische Begriffe, die sich aber zu einem ziemlichen Teil decken.

Neigung haben, sich neue Erlebnisse zu assoziieren. Sie selber sind nach Wernicke keine Wahnideen, geben aber durch die krankhaften Beziehungen oft Anlaß zu Wahnideen[1]). Es sind katathyme Ideen, die nach der geläufigen Auffassung als das einzige wesentliche Symptom bei Personen auftreten, die sonst als gesund gelten würden; immerhin nennt Ziehen auch die Zwangsvorstellungen und manche sich aufdrängende Wahnideen überwertig. Mit der Aufstellung überwertiger Ideen ist die Frage nach der Existenz der Monomanien, die während fast eines halben Jahrhunderts im negativen Sinne definitiv erledigt schien, wieder aufgenommen worden, allerdings in viel verständlicherer Form: Kann bei bestehender Disposition oder ohne diese, bei großer Heftigkeit der Gelegenheitsursache, ein äußeres Ereignis in einer nicht eigentlich kranken Psyche Wahnideen hervorrufen? Ich möchte es bejahen. Erst wenn diese „überwertigen Ideen" um sich greifen, handelt es sich um eine eigentliche Psychose (vgl. „Glaube" einerseits und Paranoia anderseits).

Zwangsideen, Zwangsvorstellungen sind Ideen, die sich gegen den Willen des Kranken mit oder ohne äußeren Anlaß beständig aufdrängen[2]), deren Inhalt aber — außer in Zuständen starken Affektes — als unrichtig erkannt wird. Trotzdem erscheinen sie der Persönlichkeit nicht fremd. Sie fühlt sie als Ausfluß des eigenen Denkens. Sie sind merkwürdig eintönig und lassen sich in vier Gruppen ordnen: Manche Personen müssen sich bestimmte Fragen stellen, teils albern banale (warum hat der Stuhl vier Beine?), teils über unlösbare Probleme der letzten Dinge (was war vor der Erschaffung der Welt?), teils religiöse (warum ist Gott ein Mann? wie ist die conceptio immaculata möglich?), teils sexuelle, die oft auch deutlich in den vorhergehenden Arten stecken („Grübelsucht"). Andere haben ängstliche Vorstellungen (das Streichholz sei nicht gelöscht, die Türe nicht geschlossen). Sie können keinen Brief abschicken, weil sie trotz vielfachen Nachsehens nicht überzeugt sind, daß er im richtigen Umschlag ist, daß kein wichtiger Fehler drin steht; sie fürchten sich, eine Klinke zu berühren, denn sie selber könnten Mikroben auf andere übertragen oder andere auf sie („délire du toucher"); wenn ein Messer da liegt, haben sie Angst, sie könnten damit jemanden — meist eines der Angehörigen — umbringen).

Andere fürchten, der Vater sterbe, wenn ein Löffel so auf dem Tisch liege, wenn man dieses oder jenes tue oder nicht tue, wobei man nicht immer sagen kann, daß die Kranken von der Unrichtigkeit des „Aberglaubens" voll überzeugt seien. Ganz ohne Grenzen gehen in Wahnideen (der Versündigung) über die Zwangsideen, irgendein scheußliches Verbrechen begangen zu haben, die denn auch am häufigsten bei melancholischen Zuständen auftreten. Man zählt zu den Zwangsideen auch die Phobien. Die Agoraphobie (Platzangst), die Erythrophobie (Angst zu erröten) und ähnliche Vorstellungen (Diarrhoe zu bekommen, wo eine Befriedigung des Bedürfnisses unmöglich ist) verwirklichen das gefürchtete Ereignis und zwar auch durch Tätigkeiten der glatten Muskulatur, die dem bewußten Willen nicht zugänglich sind. Andere, wie die Mysophobie (Furcht, sich zu beschmutzen und ev. zu infizieren) gehören zu der Gruppe des délire du toucher und führen indirekt zu Handlungen.

[1]) Ich kann den Unterschied überwertiger Ideen, die mit der Wirklichkeit in Widerspruch stehen und doch für wahr gehalten werden, von Wahnideen nicht sehen; jedenfalls gibt es keine Grenze zwischen beiden; so nennt Wernicke die Beeinträchtigungsideen des für ihn partiell Geisteskranken (für uns paranoischen) Querulanten überwertige, wir nennen sie Wahnideen.

[2]) Sie sind also auch Willensstörungen, insofern der Patient keine Macht hat, seine Gedanken nach Gutdünken zu dirigieren.

Ein Teil der Zwangshandlungen ist überhaupt Folge der Zwangsideen und läßt sich deshalb von ihnen nicht trennen. Die Idee, die Türe sei nicht geschlossen, zwingt, immer wieder nachzusehen und nachsehen zu lassen; die Mysophobie treibt dazu, die Klinke nur mit Zuhilfenahme eines Tuches zu berühren, die Hände beständig zu waschen: die Vorstellung, „wenn ich nicht das Geld zurückgebe, stirbt mein Vater", zwingt dazu, dasselbe auch unter schwierigen Umständen zurückzugeben. Obszöne Kontrastvorstellungen verlangen ausgesprochen zu werden (Koprolalie). Oft sind indes Zwangsidee und Zwangsantrieb identisch (in dem Triebe, mit dem daliegenden Messer sein Kind zu töten), oder der Gedanke tritt (gleich wie eine Halluzination) in imperativer Form auf: „Du mußt dein Kind töten!"

Ein Mann, der ein zweifelhaftes Verhältnis hat, muß sich auf der Straße nach jeder „schwarzen, großen und festen" Frauensperson umsehen, dann auch nach kleinen, dann nach allen, dann auch nach Herren, dann nach dem Tramwagen, um die Nummer zu lesen.

Mit dem Zwang ist ein qualvoller Affekt verbunden; dennoch können nicht alle Kranken sich dazu aufschwingen, wirklich geheilt werden zu wollen, trotzdem ein Krankheitsgefühl wohl niemals fehlt. Die Ideen selbst sind entweder inhaltlich depressiv[1]), oder es stellt sich sofort Angst ein, wenn der Patient dem Zwange widerstreben will; es ist denn auch die Angst, die es in den Zwangshandlungen den Kranken trotz besseren Wissens und Wollens unmöglich macht, den Impuls zu unterdrücken. Aber der Patient muß weniger deshalb immer wieder nachsehen, ob das Streichholz gelöscht ist, damit kein Brand entstehe, als um von seiner Angst loszukommen, ja die Ausführung einer Zwangshandlung kann geradezu mit einem „eigenartigen Gefühl wollüstiger Befriedigung" verknüpft sein (Ziehen). Die Angst selber scheint oft (fälschlich) Folge der Idee (Bazillenfurcht) zu sein; manchmal begleitet sie dieselbe und seltener erscheint sie als das Primäre, wobei die Zwangsidee den Eindruck machen kann, als sei sie zur Erklärung des Affektes geschaffen. Es ist aber wohl richtig, daß die Zwangsideen meistens auf dem Boden eines ängstlichen, unsicheren, aber gewissenhaft sein wollenden Charakters entstehen (außerdem bei Erschöpfungen und Melancholien).

Kraepelin vergleicht einen Teil der Zwangsideen mit den Versen oder Melodienbruchstücken, die jeden Gesunden gelegentlich verfolgen, einen anderen mit zu leicht auslösbaren unangenehmen Erinnerungen (Vorstellung eines miterlebten Sturzes beim Anblick eines geöffneten Fensters), einen dritten mit den Kontrastvorstellungen, die sich etwa bei möglichst unpassenden Gelegenheiten einstellen (blasphemische oder obszöne Gedanken bei einer gottesdienstlichen Handlung): auch das Gefühl von Unsicherheit und Verantwortlichkeit soll eine Quelle der Zwangsideen sein. Bei denselben handle es sich, wie Friedmann ausführte, um Vorstellungen, die „unabgeschlossen" sind und deshalb nicht zur Ruhe kommen können.

Wenn auch gewiß etwas Richtiges in diesen Anschauungen steckt, zur Erklärung des Symptoms sind sie ungenügend, denn die wichtigste Frage ist die: warum werden in bestimmten Fällen diese Gedanken, die bei jedem Normalen auftauchen können, zu Zwangsideen? Freud hat sie durch den Hinweis zu beantworten gesucht, daß oft die Zwangsidee statt einer verdrängten Idee, mit der sie durch zufällige Koinzidenz oder durch inhaltliche affektive Anklänge verbunden ist, auftrete: Ein Mädchen hatte in einem Konzerte während sexueller Gedanken, die sie dann als unmoralisch verwarf, Harndrang empfunden; darauf kam die Phobie, bei jeder ähnlichen Veranstaltung Harndrang zu bekommen.

---

[1]) Ich zweifle vorläufig, daß es auch inhaltlich angenehme Zwangsideen gebe.

Sicher läßt sich der Reinlichkeitszwang wenigstens häufig auf das Bedürfnis nach moralischer Reinheit (onanistische Gewissensbisse) zurückführen. Vielleicht werden sich nach und nach alle Zwangsideen wenigstens inhaltlich dem Verständnis näher bringen lassen.

Zwangsideen kommen vorübergehend vor in neurasthenischen und melancholischen Zuständen, bei der Schizophrenie und dann als besondere meist recht schwere Krankheit bei originär zu solchen Abnormitäten disponierten Leuten (Zwangsirresein, Zwangsneurose).

Die Wahnideen.

Irrtümer entstehen dadurch, daß man Ähnlichkeiten für Gleichheiten (Kamelie = Rose; Wal = Fisch), einfache Koinzidenz für regelmäßige Koinzidenz und damit für kausale Bedingtheit hält (der Kranke ist gesund geworden, weil man einen Zauber anwandte), oder daß man etwas Wichtiges übersieht (die Erde ist eine Platte), oder auch, daß man sich durch die Sinne täuschen läßt resp. ungewöhnliche Verhältnisse nach gewöhnlichen beurteilt (die Sonne geht um die stillestehende Erde). Solche Irrtümer lassen sich durch neue Erfahrungen (inkl. Belehrungen) korrigieren, soweit der Verstand fähig ist, diese Erfahrungen richtig zu verwerten. Auch wenn jemand zu dumm ist, die Kugelgestalt der Erde zu begreifen, nennen wir seine Vorstellung nicht eine Wahnidee. Wahnideen sind unrichtige Vorstellungen, die nicht aus zufälliger Unzulänglichkeit der Logik, sondern aus einem inneren Bedürfnis heraus geschaffen worden sind („Wahnbedürfnis“, KRAEPELIN). Innere Bedürfnisse gibt es keine anderen als affektive. Die Wahnideen haben deshalb immer eine bestimmte Richtung entsprechend den Affekten des Patienten und sind in ihrer großen Mehrzahl der Korrektur durch neue Erfahrung und Belehrung unzugänglich, solange der Zustand dauert, dem sie entsprungen sind.

Die Wahnideen haben deshalb ihr physiologisches Analogon nicht im Irrtum, sondern im Glauben, und dementsprechend ist der Hauptwahn auch regelmäßig egozentrisch, von wesentlicher Bedeutung für die Persönlichkeit des Kranken selbst, während allerdings Formen von Erklärungs- und Nebenwahn (s. unten) ihn nicht direkt anzugehen brauchen. Der Hauptunterschied ist der, daß sie für persönliche Bedürfnisse von einzelnen gebildet werden, und daß sie sich auf Dinge beziehen können, die für den Gesunden der Korrektur zugänglich sind. Wie man sieht, ist der Unterschied kein absoluter. Wir mögen für gewöhnlich nicht von Wahnideen reden, wenn ein frommer Mensch sich von religiösen Dingen eine eigene Ansicht schafft; wenn uns aber seine Neuerungen allzu kraß erscheinen, bezeichnen wir sie als „religiöse Wahnideen“, obschon vor dem Forum der bloßen Logik ein neuer Prophet so viel Wirklichkeitswert haben könnte wie die früheren.

Wahnideen entstehen also durch Affektwirkung, indem das, was dem Affekt entspricht, gebahnt, das Entgegenstehende gehemmt wird, so daß es in diesem Zusammenhang gar nicht oder mit ungenügendem logischem Gewicht auftritt. Der Melancholische wird also, wenn er an sein Vermögen denkt, beständig alle seine Schulden und schlechten Chancen vor sich sehen, die Aktiven aber nicht dazu zählen können, indem er sie teils für wertlos oder zu unsicher hält, teils aber gar nicht in eine logische Operation mit der Idee der Schulden zusammenbringen,

also nicht zur Annullierung der Idee des Verschuldetseins verwenden kann. So kommt er zur Wahnidee, verarmt zu sein. — Der onanierende Schizophrene hat Angst, daß sein Laster bekannt werde. Bemerkt er daß jemand ihn ansieht, so wird das an seine Präokkupation assoziiert in dem Sinne, daß man ihn wegen seiner Onanie ansehe. Die Selbstverständlichkeit, daß man tausendmal ohne solche Gründe angesehen werde, kann nicht als Gegengewicht gebraucht werden.

Der wahnbildende Affekt kann ein allgemeiner (depressive oder manische Verstimmung) sein oder nur an eine bestimmte Idee, einen Komplex geknüpft sein (z. B. an die onanistischen Gewissensbisse). Im letzteren Fall entstehen die katathymen Wahnformen. Wenn bei einem komplexbesetzten Menschen zugleich eine allgemeine Verstimmung besteht, was bei Schizophrenie häufig vorkommt, so werden katathyme und Stimmungswirkungen miteinander verbunden: ist der schizophrene Onanist melancholisch, so verfault er wegen seines Lasters, ist er manisch so erlöst er damit die Menschheit.

Ein Teil der Wahnideen folgt logischerweise aus schon bestehender und bedarf dieser Mechanismen nicht: der Patient ist überzeugt, daß der Arzt ihn umbringen will; nun bekommt er nach Einnahme einer Medizin ein Unwohlsein; da ist es eine logische Wahrscheinlichkeitsfolgerung, daß der Arzt ihm habe Gift geben lassen (Nebenwahn). Der Patient ist Sohn eines Grafen, folglich sind seine Eltern nur seine Pflegeeltern. Der Patient wird in der ganzen Welt, wohin er auch reist, verfolgt; es besteht „also" eine ganze Organisation gegen ihn, die Post öffnet seine Briefe und gibt seine Adresse weiter (Erklärungswahn).

Man sagt auch, daß Wahnideen logisch erschlossen werden aus der Affektstörung: der Patient fühlt sich unglücklich, sucht nach einer Ursache und findet sie in seinen Sünden. Ich habe diesen Mechanismus nie beobachten können.

Andere Wahnideen läßt man aus Halluzinationen, Gedächtnistäuschungen, aus dem Traum entstehen. Hier handelt es sich unzweifelhaft um begleitende Umstände, nicht um eigentliche Ursachen. Die falsche Idee ist das, was zunächst von der Krankheit erzeugt wird; sie kann nun zuerst als Gedanke oder als Halluzination oder als Gedächtnistäuschung oder als Traumvorstellung auftreten.

Manche Wahnideen treten, besonders bei der Schizophrenie, fertig plötzlich ins Bewußtsein (délire d'emblée, primordiale Wahnideen), andere haben eine längere Inkubationszeit. Es ist den Patienten z. B. so, wie wenn sie beobachtet würden, wie wenn sie gesündigt hätten, bis schließlich die Gewißheit eintritt. Oder die Kranken machen jahrelang eine Anzahl auffälliger Beobachtungen (Eigenbeziehungen), und dann kommt es plötzlich „wie eine Erleuchtung" über sie, daß alles die und die Bedeutung habe. Am häufigsten vielleicht knüpft sich der Wahn an äußere Ereignisse in der Weise an, daß die Patienten etwas z. B. eine Predigt, zunächst ganz richtig auffassen, dann aber in einer Inkubationszeit von Stunden bis Jahren die gehörten Worte (bewußt oder unbewußt) im Sinne des Wahnes umdeuten und auf sich, resp. ihre Komplexe beziehen.

Inhaltlich unterscheidet man die folgenden Klassen:

Expansive Wahnformen, „Größenwahn". In leichtesten Fällen nehmen sie mehr die Form der Überschätzung des Ich an, der

Patient überragt an Gesundheit, Leistungsfähigkeit, an Schönheit andere Menschen mehr als der Wirklichkeit entspricht. Von da gibt es alle Stufen vom leicht Möglichen über das noch Denkbare bis zu dem Wahn, die unmöglichsten Erfindungen machen zu können, „Trilliarden" zu besitzen, neue Religionen zu stiften, Gott und Obergott zu sein. Gelegentlich wird auch die Umgebung im gleichen Sinne umgebildet. Die Schicksalsgenossen des Patienten werden als Grafen, Potentaten verkannt.

Der depressive Wahn („Kleinheitswahn") bezieht sich namentlich auf die drei Gebiete des Gewissens (Versündigungswahn), der Gesundheit (Krankheitswahn) und des Vermögens (Verarmungswahn).

Der Versündigungswahn glaubt schwerste Verbrechen begangen zu haben oder bauscht wirkliche kleine Vergehen zu unverzeihlicher Sünde auf. Dafür wird nicht nur der Patient in diesem und in jenem Leben in scheußlicher Weise bestraft, sondern auch alle seine Angehörigen, ja die ganze Welt.

Der Krankheitswahn ist der Glaube, bestimmte, immer besonders schlimme, Krankheiten zu haben. Die wirkliche Krankheit, die melancholische Depression, wird verneint. — Man bezeichnet das Nämliche auch als „hypochondrischen Wahn", doch müssen wir einen Unterschied machen können zwischen diesem Wahn aus allgemeiner Depression und dem katathymen Wahn, der im hypochondrischen Krankheitsbild (namentlich bei der Dementia praecox, aber auch bei Psychopathen) hervortritt.

Meist besteht ein Unterschied auch darin, daß der depressive Krankheitswahn das Schlimmste in die Zukunft verlegt, während den katathymen Hypochonder die Gegenwart bekümmert. Der Depressive glaubt, er leide an Darmverschluß und werde auf besonders scheußliche Weise zugrunde gehen; der Hypochonder leidet aktuell furchtbar infolge Untätigkeit des Darms und verlangt und erwartet Abhilfe.

Die Verarmung wird oft in Formen gedacht, wie sie wenigstens heutzutage nicht vorkommen können: nicht nur der Kranke wird für seine Schulden gestraft, muß verhungern, auch seine Angehörigen trifft das gleiche Los.

Bei verblödenden Organischen sehen wir noch eine vierte Gruppe depressiver Wahnideen, die zwar nicht sehr häufig sind, aber wenn sie da sind, die Diagnose erlauben[1]): den Nihilismus, ungefähr entsprechend dem von den Franzosen herausgehobenen délire de négation (Verneinungswahn, nicht zu verwechseln mit den negativistischen Erscheinungen): Hier existiert alles nicht mehr, die Anstalt, die Welt, der Herrgott, die Kranken selbst; sie haben nicht gegessen, haben aber auch nicht gefastet; sie haben keinen Namen, sind kein Mann, keine Frau usw. Auch in dem unter den nämlichen Umständen und oft mit dem Nihilismus verbunden vorkommenden délire d'énormité drückt sich der nämliche Blödsinn aus: Die Kranken dürfen nicht auf den Nachtstuhl gehen, weil sie die ganze Anstalt, die Welt, überschwemmen würden; sie sind so angeschwollen, daß sie das ganze Haus, die Stadt ausfüllen und ersticken. In gewissem Sinne der Gegensatz dazu ist die ebenfalls nur bei organischen Depressionen vorkommende Mikromanie,

[1]) Höchstens bei der Schizophrenie gibt es Ähnliches, aber nicht Identisches.

die darin besteht, daß die Kranken sich ganz klein glauben (nicht zu verwechseln mit dem „Kleinheitswahn“, der die ganze Gruppe umfaßt). ein seniler Gelehrter fürchtete sich vor Hühnern, weil er meinte, sein Kopf sei so klein, daß er weggepickt werden könnte.

Kleinheitswahn kann in seltenen Fällen mit einer Art Größenwahn gemischt sein bei Melancholischen, denen es nicht genügt, der schlechteste Mensch zu sein, der je existierte und existieren wird, und die deshalb etwa zum Obersten der Teufel avancieren, und bei Schizophrenen, die nebeneinander verschiedene Affekte haben und diese in parallelen Wahnideen (sie sind die Mutter Gottes und zugleich der Teufel) oder auch in einer Verdichtung (sie sind die Königin der Nacht) ausdrücken.

Zum Kleinheitswahn rechnen viele auch den Verfolgungswahn. der aber eine ganz andere Bedeutung hat. Die Melancholischen können allerdings auch glauben, hingerichtet, in schrecklicher Weise gemartert zu werden, aber in ihren Augen ist das alles eine verdiente Strafe für ihre Sünden, während der Verfolgte ungerecht zu leiden hat. Der Kleinheitswahn entspringt einer allgemeinen Depression, der Verfolgungswahn ist ein katathymes Symptom, das aus einer einzelnen gefühlsbetonten Idee herauswächst. Der Kleinheitswahn ist Symptom eines potentia vorübergehenden Zustandes, der Verfolgungswahn gehört meist chronischen Krankheiten an.

Der wirkliche Verfolgungswahn kann zunächst ganz unbestimmt sein; die Kranken fühlen, daß die Dinge und Menschen um sie unheimlich geworden sind („die Wände im eigenen Hause wollten mich fressen“). Dann machen sie die Entdeckung, daß gewisse Personen ihnen oder anderen Zeichen geben, die sie betreffen. Man hustet, um anzudeuten. da kommt der Onanist, der Mädchenmörder; in den Zeitungen stehen Artikel mit nur zu deutlichen Anspielungen auf sie; im Geschäft behandelt man sie schlecht, man sucht sie fortzuekeln, man teilt ihnen die schwierigste Arbeit zu, man verleumdet sie hinter ihrem Rücken. Schließlich gibt es ganze Organisationen, ad hoc geschaffene, die „schwarzen Juden“, sowie Freimaurer, Jesuiten, Sozialdemokraten, die überall hinter dem Kranken her sind, ihn unmöglich machen, ihn selbst mit Stimmen. körperlichen Beeinflussungen und anderen Halluzinationen, mit Gedankenentzug, Gedankendrängen u. a. m. plagen.

Nicht so selten ist der Verfolgungswahn mit Größenideen verbunden Eine gewisse Selbstüberschätzung liegt ihm gewöhnlich schon zugrunde, indem der Patient irgendwelche unerfüllbaren Ansprüche machte und die Ursache des Scheiterns in der Umgebung suchte. Man sagt auch, daß der Größenwahn aus dem Verfolgungswahn entstehe, indem der Patient sich sage, ein Mensch, den zu verfolgen man sich so viel Mühe gebe, müsse etwas ganz Besonderes sein. Ich habe diese Transformation des Wahnes noch nie deutlich beobachtet. Dagegen sehen wir häufig, daß erotischer Wahn sich in Verfolgungswahn verwandelt oder sich mit ihm vermischt, indem der als liebend gedachte Geliebte sexuelle und schließlich auch andere Scheußlichkeiten an der Geliebten ausübt.

Eine erotische Form des Verfolgungswahns ist auch der Eifersuchtswahn, der einige Besonderheiten aufweist. Es gibt Paranoiker, die keine anderen Wahnideen haben; bei Schizophrenie ist er nicht selten gemischt mit anderen Verfolgungsideen, und bei Alkoholismus und Kokainismus

erscheint er als meist vorübergehende, noch nicht ganz erklärte Folge der Vergiftung.

Man hat als besondere Wahnform auch herausgehoben den Beziehungswahn, die krankhaften Eigenbeziehungen. Er kommt namentlich bei paranoischen und paranoiden Formen vor, bei denen er oft das Fundament der übrigen Wahnideen bildet. Solche Kranke können ganz beliebige Beobachtungen (Husten, Zeitungsnotizen, ja sogar kosmische Ereignisse) auf sich beziehen; sie meinen, das alles geschehe ihretwegen und deuten es im Sinne ihrer katathymen Gedankenrichtung. Auch bei allgemeinen Gemütsverstimmungen kommt Ähnliches vor, namentlich glauben Melancholiker gern, daß irgendwelches Unglück die Folge ihrer Schlechtigkeit sei.

Man erzählt unwahrscheinliche Sachen, um des Patienten Intelligenz zu prüfen. In der Zeitung steht, es sei jemand die Treppe hinuntergefallen, um der Patientin verstehen zu geben, sie putze die Treppe nicht recht. Es gähnt jemand; damit will man sagen, sie sei faul.

Der Beziehungswahn ist von den Affektwirkungen aus ohne weiteres zu verstehen (vgl. Assoziationsbereitschaft S. 26 und Aufmerksamkeit). Jede affektbesetzte Idee findet schon bei Gesunden eine Menge von Anknüpfungen, die der Wirklichkeit nicht entsprechen (wer das erstemal in den Ballsaal kommt, die Uniform trägt, glaubt sich beachtet usf.). Andere Erklärungen sind deshalb unnötig und, soweit sie bis jetzt aufgestellt sind, sicher falsch; so die, daß die Sinnesreize dem Ich verstärkt erscheinen, denn es ist nur eine kleine Auswahl von Sinnesreizen, die in dieser Weise in falsche Beziehung gesetzt werden. Es ist auch, wenn man genau sein will, nicht richtig, daß die äußeren Reize direkt an das Ich assoziiert werden, so daß dieses als „hypertrophisch" erschiene, sondern sie werden mit dem Komplex assoziativ verbunden, der immerhin einen wichtigen Teil des Ich repräsentiert.

Man hat behaupten wollen, Wahnideen seien ein Zeichen von geistiger Schwäche, da eine normale Intelligenz das Unzutreffende sehen müsse. Sicher ist aber, daß es recht leistungsfähige Paranoiker mit ganzen Wahnsystemen gibt, die keine anderen Zeichen einer Intelligenzstörung aufweisen. Will man hier die Annahme des Blödsinns nur auf die Wahnideen stützen, so begeht man eine petitio principii. Das wesentliche Moment bei der Wahnbildung ist ein Mißverhältnis zwischen Affekt und logischer Kraft, das durch Überwiegen einer allgemeinen Stimmung (Beispiel: Melancholie), durch besonders starke Affektbetonung einer einzelnen Idee (Beispiel: Katathyme Wahnbildungen), durch Schwäche des logischen Vermögens (Beispiele: Paranoid, Dämmerzustände) oder durch mehrere dieser Momente zusammen (Beispiel: manische Paralyse) entstanden sein kann.

Diese Formulierung bezeichnet natürlich nur eine verständliche Bedingung der Wahnbildung unter den anderen noch nicht faßbaren. Es gibt viele Mißverhältnisse zwischen Intelligenz und Affektivität, die nicht zu Wahnideen führen, z. B. die Oligophrenien. Die Art der Affektivität, die Veränderung der ganzen Psyche in Assoziieren, Auffassen und Fühlen, wie es der schizophrene Prozeß und in stark übertriebener Form die Zustände unklaren Bewußtseins zeigen, sind andere wichtige Grundlagen der Wahnbildung.

Ein Zusammenhang zwischen Intelligenz und Wahnideen besteht insofern, als bei besonnenen Patienten die Qualität der Wahnideen von der Höhe des Verstandes abhängig ist. Intelligente Paranoiker „systematisieren" ihre Wahnideen, bringen sie vermischt mit wirklichen Tatsachen in ein System, das meist logisch zusammenhängt, aber namentlich in den Voraussetzungen (falsche Eigenbeziehungen, Gedächtnisillusionen) und dann da und dort in kausalen Zusammenhängen einen Fehler hat. Der Inhalt ist an sich meist auch für andere denkbar, so daß Paranoiker manchmal auch intelligente Gesunde infizieren.

Ähnlich gebildete Ideen bei der Schizophrenie haben viel geringeren oder gar keinen logischen Zusammenhang und gehen auch an sich leicht

ins Absurde: Der Patient war bei der Kreuzigung Christi zugegen; er hat alle Erfindungen gemacht, auch die vor seiner Geburt benutzten. man nimmt ihm die Knochen aus dem Leibe, hat ihn mehrfach getötet und wieder lebendig gemacht usw.

In den Wahnideen bei manischen und depressiven Zuständen der Organischen drückt sich die Intelligenzstörung, das unklare Denken in dem Unsinnigen derselben aus.

Die Größenideen des Manisch-depressiven sind meist nur Überschätzungen: er ist gescheiter als alle, die ihn einsperren, er schlägt ein Dutzend Wärter über den Haufen, er wird sein Geschäft ausdehnen, er wird noch Minister werden. Bei manischen Formen der Paralyse geht aber der Wahn meist sofort ins Absurde: der Patient hat große Heeresmassen zur Verfügung, die die Anstalt und das Land, in dem sie ist, vernichten werden, er ist General, obschon er nie gedient, er hat ein Fahrrad erfunden, mit dem man in drei Minuten über Meere und Berge um die Erde herum fährt; er ist Obergott; die Patientin ist Mutter aller Menschen, stündlich nimmt der liebe Gott Hunderte von Kindern aus ihrem Leib usw.

Der Melancholiker hat schwere Sünden begangen; man wird ihm deswegen Qualen auferlegen wie sonst niemandem, er leidet an unheilbaren Krankheiten. Dem depressiven Senilen aber hängt das Hirn über den Kopf herunter, sein Darm ist durch eine Schlange ersetzt, der Kopf besteht aus Holz. Hier entwickeln sich die Mikromanie, die nihilistischen Ideen, das Délire d'énormité.

Man muß indes mit der Diagnose der Intelligenzschwäche aus dem unsinnigen Inhalt von Wahnideen vorsichtig sein. Das Gesagte gilt vorbehaltslos nur für Zustände, bei denen die Besonnenheit nicht ganz fehlt. In Dämmerzuständen, bei Vergiftungen, im Fieber, können absurde Wahnideen auch bei nicht dementen Patienten auftreten gerade wie im Traum des Gesunden.

Gelegentlich kann eine im Zustande gestörter Denkfähigkeit (Traum, epileptisches Delir) entstandene und deshalb unsinnige Wahnidee nachher nicht mehr korrigiert werden, obschon nun die Intelligenz nicht schwer geschädigt erscheint; ein solcher Residualwahn kann also unsinnig sein ohne eine gleichzeitige entsprechend große Intelligenzstörung.

4. Die Störungen des Gedächtnisses.

Hyperfunktion des Gedächtnisses, Hypermnesie, ist wohl nur in der Weise zu konstatieren, daß gelegentlich Erinnerungen viel lebhafter und schärfer sind als sonst, daß sie Einzelheiten betreffen, die man sich gewöhnlich nicht merkt, und daß sie sich auf Zeiträume erstrecken, an die man sich sonst nicht erinnert. So kann in einer fieberhaften Krankheit, in den Delirien des Seniums eine Erinnerungsserie aus früher Jugend, ja aus der ersten Kindheit auftauchen; in der Hypnose vermag man sich bisweilen an komplizierte Einzelheiten so scharf zu erinnern, wie wenn man die Dinge wieder vor sich sähe; auch im Traume können Einzelheiten, die man im Wachen gar nicht reproduzieren kann, mit sinnlicher Deutlichkeit auftauchen. In seltenen Fällen der Schizophrenie drängen sich zuweilen Erinnerungsbilder dem Patienten in

unangenehmer Weise auf; meist sind sie dann aber wenig zusammenhängend.

Viel wichtiger sind die Hypofunktionen. Theoretisch sind solche der Bildung, der Erhaltung und der Ekphorie der Engramme zu unterscheiden; in Wirklichkeit betreffen aber die Störungen wohl selten nur die eine oder die andere Funktion, und vor allem sind wir noch lange nicht so weit, allfällige Unterschiede in bezug auf die hauptsächlich betroffene Teilfunktion wirklich zu erfassen. Eine Aufmerksamkeitsstörung zur Zeit der Einprägung kann die Erinnerung ungefähr in der gleichen Weise schädigen wie eine solche zur Zeit der Reproduktion.

Eine qualitative Störung der Engraphie kann ich mir schwer denken, und ich habe auch in der ganzen Pathologie nichts gefunden, was auf deren Existenz hinwiese. Dagegen ist möglicherweise bei seniler Hirnatrophie die engraphierende Wirkung der Erlebnisse auf die Psyche geschwächt; dadurch muß wohl auch die extensive Wirkung herabgesetzt werden, indem die aus mehrfachen Gründen anzunehmende diffuse Verbreitung des Einflusses im Gehirn geringer wird und weniger assoziative Anknüpfungen gebildet werden. Man kann sich auch denken, daß die hypothetische Verarbeitung der Engramme irgendwie vermindert sei, kennt aber noch keine Störungen, die darauf hindeuten würden. Von dem Vorgang der Erinnerung (Ekphorie) wissen wir, daß er sicher bei vielen Gedächtnisanomalien beteiligt ist, ja es steht der Annahme nichts im Wege, daß Störungen desselben allein schon einen beträchtlichen Teil der Gedächtnisdefekte erklären können. Diese lassen sich auf die affektiven Assoziationswirkungen zurückführen. Die Erinnerung im allgemeinen ist gestört, wenn ein Affekt eine diffuse Sperrung der Gedanken verursacht (Examenstupor). Im einzelnen wird dasjenige schwer erinnert, was einem zur Wirkung kommenden Affekt widerspricht. Umbildungen der Erinnerung geschehen dann, wenn ein affektives Bedürfnis vorliegt; dieses bestimmt auch die Richtung der Verfälschung. Die Ziehensche Einteilung der Erinnerungstäuschungen[1]), je nachdem sie einem Affekt entsprechen oder einem Wahn, oder gar nicht in erkennbarem Zusammenhang mit der aktuellen Psyche stehen, ist deshalb für uns wertlos; der Wahn selbst entsteht ja nur als Affektwirkung, und auch die scheinbar ganz ex abrupto auftauchenden Anomalien (hauptsächlich bei der Schizophrenie vorkommend) haben den nämlichen Ursprung.

Die Beurteilung des unglücklichen Begriffs der Merkfähigkeit ist in der Pathologie nicht ganz leicht. Was man unter diesem Namen prüft, ist in Wirklichkeit eine sehr komplizierte Funktion[2]), die gestört sein kann, ohne daß die Engraphie oder die Gedächtnisfunktion an sich alteriert wäre; so wenn man aus irgendeinem Grunde das zu Merkende nicht gut aufgefaßt oder auch nicht weiter verarbeitet hat: Bei Krankheiten der Sinnesorgane, bei Aufmerksamkeitsstörungen aller Art, in bezug auf kompliziertere Dinge bei verschiedenen Demenzformen, wo das Wahrgenommene nicht verstanden wird. Im letzteren Falle fehlen nicht die eigentlichen Engramme der Sinneswahrnehmungen, wohl aber ihre assoziativen Verbindungen, mit Hilfe deren sie erinnert werden sollten. Als die auffallendste Hypofunktion der Merkfähigkeit wird die der organischen Psychosen beschrieben: In extremen Fällen wird jedes Erlebnis, auch das wichtigste, sofort wieder vergessen; man kann einer senilen Frau erzählen, ihr Mann sei eben gestorben; sie reagiert darauf mit Tränen; nach einer Minute weiß sie nichts mehr davon, und

[1]) Der Name bezeichnet dem Autor das, was wir Erinnerungshalluzination nennen. Ziehens Erinnerungshalluzinationen sind die Erinnerungstäuschungen in unserem Sinne, wenn sie keinen erkennbaren Zusammenhang mit Wahn oder Affekt haben.

[2]) Will man bloß das herausheben, was der Ausdruck bezeichnen sollte, so muß man von Engraphie reden; allerdings ist diese vorläufig einer isolierten Prüfung nicht zugänglich.

das Experiment kann beliebig oft wiederholt werden. Nun mag ja im defekten Gehirn die Bildung der Engramme irgendwie erschwert sein, aber sicher ist das nicht das Wesentliche; denn die organischen Gedächtnisstörungen beziehen sich nicht nur auf die Zeit während der Krankheit und sind in keiner Weise proportional dem Zustand zur Zeit der Einprägung, sondern viel eher dem zur Zeit der Erinnerung. Auch wird in nicht ganz extremen Fällen das meiste doch „gemerkt", aber nur für sehr kurze Zeit. Man findet auch sozusagen bei jedem Kranken auf einmal wieder Gedächtnisinseln, indem ein einzelnes Ereignis nie vergessen wird, oder dann, indem eine Erinnerung, die gar nicht da zu sein schien, in einem bestimmten Zusammenhang auf einmal auftaucht. Außerdem beweist die „Ersparnis", die man beim (Wieder-) Lernen anscheinend spurlos vergessenen Materials konstatiert, die Fortexistenz einer mnemischen Nachwirkung auch beim schweren Korsakowkranken.

Es handelt sich also bei den organischen Hypomnesien um eine Störung des Gedächtnisses, die die rezenteren Erlebnisse unverhältnismäßig stärker betrifft als die weiter zurückliegenden, wenn auch das während der Krankheit Erlebte aus mancherlei Gründen oft besonders schlecht erinnert wird. Nur diese Formulierung trifft den ganzen Tatbestand. Die Hauptstörung liegt wohl in der Erinnerungsfähigkeit, obschon die organische Reduktion der Assoziationen (s. S. 56) einerseits die Bildung von Bahnen, auf denen später die Erinnerungen ekphoriert werden können, hindert, und andererseits bei der Ekphorie die Benutzung dieser Bahnen erschweren muß. Ebenso macht die senile Aufmerksamkeitsstörung sowohl die Bildung erinnerungstüchtiger Engramme als auch ihre Wiederbelebung schwieriger.

Die Störungen der Erhaltung der Engramme sind in der Psychiatrie nicht von Bedeutung. An die normale Abschwächung in dem Sinne, daß alle Erinnerungsbilder mit der Zeit „schwächer" werden und schließlich ganz dahinschwinden, und damit an eine pathologische Übertreibung dieses Vorganges kann ich nicht glauben angesichts der großen Zahl von Stichproben, die uns die unbegrenzte Fortdauer, ja die Befestigung der Engramme durch ihr Alter demonstrieren[1]). Man betrachtet aber doch die organische Gedächtnisstörung unter diesem Gesichtspunkt und hat insofern ein Recht dazu, als die allgemeine Reduktion des Trägers der Engramme diese natürlich irgendwie alterieren muß; aber der Zusammenhang dieser Alterationen mit den klinischen Erscheinungen ist gewiß ein recht komplizierter; als gestört erweist sich hauptsächlich die Ekphorie, nicht die Erhaltung der Engramme. Man kann ferner in diesem Zusammenhang auch an die Störung der Erinnerungen bei Alkoholgenuß, vielleicht auch an die bei chronischem Alkoholismus denken; die Erinnerungen tauchen leicht auf, aber sind ungenau, unrichtig, während der Patient die Empfindung hat, gut zu reproduzieren. Natürlich beweist auch das noch lange nicht eine Veränderung der Engramme selbst.

Bei groben Hirnherden scheinen bestimmte Gruppen von Erinnerungsbildern ausfallen zu können (z. B. gewisse sprachliche oder die motorischen oder die akustischen oder die optischen Erinnerungsbilder). Die außerordentlich unsichere und schwankende Begrenzung solcher Defekte macht es aber wahrscheinlich, daß sogar

[1]) Vgl. S. 21.

so elementar erscheinende psychische Gebilde nie ganz zerstört werden, also eigentlich in der ganzen Hirnrinde lokalisiert sind, wenn auch ihr wichtigster Anteil, ihr Focus, an einer bestimmten Stelle des Gehirns konzentriert ist. Wird dieser zerstört, so sind die Engramme der Ekphorie nur ausnahmsweise und unvollständig zugänglich, indes Zerstörung anderer Rindenteile dieselben wenig oder kaum bemerkbar affiziert.

Außer der organischen Gedächtnisstörung gibt es noch verschiedene diffuse nicht systematisierte Formen von Gedächtnisschwäche. Sie sind nichts Einheitliches und haben zur Zeit in der Psychopathologie keine große Bedeutung; die Hauptsache ist, daß man sie nicht mit anderen Störungen verwechselt. In der Anamnese der Schizophrenen finden wir sehr häufig die Bemerkung, daß sie „vergeßlich" geworden seien, sie hätten „kein Gedächtnis mehr". Wollte man die Angaben der Verwandten wörtlich nehmen, so müßte man eine organische Geisteskrankheit diagnostizieren, weil bei der Schizophrenie eine eigentliche Gedächtnisschwäche nicht vorkommt. Dagegen sind die Schizophrenen leicht gleichgültig, unaufmerksam, abgelenkt, in ihren Assoziationen gesperrt: Alles das kann bewirken, daß sie sich nicht zur gewünschten Zeit erinnern. Auch Hysterische haben aus ähnlichen Gründen ein sehr launisches Gedächtnis. Onanisten klagen oft über schlechtes Gedächtnis, teils infolge von Suggestion durch gewisse Bücher, teils wohl infolge mangelnder Konzentration, bedingt durch Ablenkung durch den Komplex. Bei Epileptischen wird das Gedächtnis in der Regel geschwächt; wenn sie bereits eine starke Hirnatrophie haben, natürlich auch im Sinne der Organischen; doch wird diese Eigentümlichkeit meist verdeckt durch eine allgemeine Gedächtnisschwäche, die bald das, bald jenes betrifft, wobei aber affektiv betonte Ereignisse leichter festgehalten und stereotyp reproduziert werden können.

Begrenzte Gedächtnislücken nennt man Amnesien; die Begrenzung kann eine inhaltliche („systematisierte") oder eine zeitliche sein. Die erstere kommt bei groben Hirnherden in der Weise vor, daß z. B. alle optischen oder alle akustischen Erinnerungsbilder ausfallen oder nur diejenigen der Substantive oder die der Zahlwörter u. dgl. Natürlich weiß man auch hier nicht, was Ausfall der Erinnerungsbilder, und was nur Schwierigkeit der Ekphorierung ist; jedenfalls spielt die letztere eine große Rolle, wie man aus den Rückbildungen solcher Amnesien ersehen kann.

In Psychosen kommen Amnesien für bestimmte Ereignisse (katathyme Amnesien) vor. Der Kranke war während des Erlebens im gewöhnlichen Bewußtseinszustand und reproduziert auch alle andern ungefähr gleichzeitigen Ereignisse in normaler Weise. So hatte eine Hysterische auf einmal alles vergessen, was sich auf ihren Arzt JANET[1]) bezog, und hielt ihn für einen neuen Assistenzarzt. Bei der Schizophrenie werden eigene und Anderer Handlungen alltäglich „vergessen", wenn die Erinnerung dem Patienten nicht gerade paßt. Ein leicht Schizophrener WERNICKEs hatte in guten Treuen, aber doch unrichtiger Weise beschworen, daß er eine Beschimpfung eines Schutzmannes nicht begangen habe (WERNICKE nannte das Symptom negative Erinnerungsfälschungen). Man kann in solchen Fällen auf Umwegen,

[1]) STOERRING, Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. Leipzig, Engelmann, 1900. S. 229.

bei Hysterischen am einfachsten durch Hypnose, gewöhnlich leicht nachweisen, daß die betreffenden Engramme nicht zugrunde gegangen sind, da die Erinnerung in anderem Zusammenhang wieder auftreten kann.

In einzelnen Fällen besteht das Bedürfnis, eine ganze Zeitperiode ausfallen zu lassen, so bei der Hysterischen, die von ihrem Manne nichts mehr wissen möchte, und nun bloß noch über ihre Erinnerungen bis zum Zeitpunkte der Bekanntschaft verfügt. So entsteht scheinbar eine zeitliche Begrenzung der Amnesie, bei der aber doch das Inhaltliche das Wesentliche ist, und die sich außerdem dadurch von den gewöhnlichen Zeitamnesien unterscheidet, daß sie sich auf eine Periode normalen Erlebens bezieht.

Hierher wird auch die Ekmnesie der Franzosen gehören, eine hysterische Amnesie, die in einem bestimmten Zeitpunkt in der Jugend beginnt. Die Patientin erinnert sich z. B. nur noch bis zu ihrem zehnten Jahr und benimmt sich wie ein zehnjähriges Mädchen; sie ist wie in dieses Alter zurückversetzt.

Ein wenig anders sind die selteneren negativen Halluzinationen des Gedächtnisses. Da hat ein Patient mit den andern an Weihnachten seine Zigarren bekommen; er raucht sie schnell nacheinander und fängt nun an zu schimpfen: allen habe man Zigarren gegeben, nur ihm nicht. Der Unterschied gegenüber der negativen Erinnerungsfälschung liegt in dem halluzinatorisch Aufdringlichen solcher Erscheinungen. Der Patient WERNICKES erinnert sich an etwas nicht, was er erlebt hatte; dem andern aber drängt sich die Erinnerung auf, daß etwas, das hätte geschehen sollen, nicht geschehen ist. Die letzteren empfinden die Lücke in dem, was hätte geschehen sollen, den andern kommt keine Lücke zum Bewußtsein.

Die häufigste Art der Amnesien ist diejenige nach Bewußtseinsstörungen aller Art, namentlich Dämmerzuständen und Delirien. Ein Patient erwacht plötzlich nach irgendwelchem ihm sonst nicht entsprechenden Benehmen, weiß gar nicht, wo er ist, wie er dahin gekommen ist, und was geschehen. Er besinnt sich bis zu einem bestimmten Moment, und dann hört die Erinnerung auf, etwa wie bei einem Gesunden nach einem „traumlosen" Schlaf. Für die verflossene Zeit fehlt in der Regel jeder Anhaltspunkt; hat der Dämmerzustand mehrere Tage gedauert, so empfindet der Patient den Mangel an zeitlicher Orientierung gewöhnlich gar nicht oder ungenügend; in der Regel unterschätzt er die Dauer des Zustandes, meint, es sei der auf den letzt erinnerten folgende Tag wie nach dem gewöhnlichen Nachtschlaf.

Nicht selten sind auch Amnesien nach bloßen Affektausbrüchen bei Psychopathen oder eigentlichen Geisteskranken (Zuchthausknall, Melancholie, Schizophrenie), also in Zuständen, die das Gedächtnis direkt nicht affizieren.

Die Amnesie braucht nicht eine vollständige zu sein. Es gibt alle Übergänge vom absoluten Nichts bis zur vollen Erinnerung, ganz wie bei der Erinnerung an unsere Träume. Auch insofern gleicht diese Amnesie der nach Träumen, als sie eine wechselnde sein kann. Häufig wird unmittelbar nach dem Erwachen noch manches erinnert, was einige Zeit nachher vergessen ist, und umgekehrt kann die anfänglich vollständige Erinnerungslosigkeit sich im Laufe der nächsten Stunden bis Wochen aufhellen, besonders wenn dem Kranken seine Handlungen vorgehalten werden. Wie überall, wo eine gewisse Gedächtnisschwäche besteht, kann auch in ganz unverfänglichen Fällen, als Übertreibung normaler Verhältnisse, eine Auswahl der erhaltenen Erinnerungen stattfinden,

indem das dem Patienten Unangenehme allein oder doch am meisten ausgefallen ist. Die Kenntnis dieser unvollständigen Amnesien ist sehr wichtig, weil in Dämmerzuständen nicht selten kriminelle Handlungen begangen werden, und der Richter bei schwankender Erinnerung geneigt ist, Simulation anzunehmen.

Auch der Zeitpunkt des Beginns und des Aufhörens der Amnesie ist nicht immer ein scharf fixierter, was zu neuen Schwierigkeiten führen kann. Zum Teil, aber gar nicht immer, ist eine solche Erscheinung im Zusammenhang mit dem Verlauf des Dämmerzustandes, in dem klarere Momente mit ganz unklaren abwechseln können.

Die Amnesie kann auch über die Zeit des abnormen Zustandes hinausgehen, namentlich gerne nach rückwärts: retrograde Amnesie. Besonders häufig ist das nach traumartigen und bewußtlosen Zuständen infolge von Kopftraumen und nach Erhängungsversuchen; die Patienten wissen gar nicht mehr, daß und wie sie in die Situation gekommen sind, die das Trauma herbeigeführt hat. Viel seltener und vielleicht bloß bei allmählichem Übergang in Klarheit, der den Beobachter über die Schwere des Zustandes täuscht, kommt anterograde Amnesie[1]) vor, d. h. eine Verlängerung der Amnesie auf die nächste dem Anfall folgende Zeit, die Stunden bis Tage betragen kann.

Diejenigen, die die Dämmerzustände als Bewußtlosigkeiten auffassen, müssen in denselben einen Ausfall der Engrammbildung annehmen. Diese Auffassung ist aber sicher falsch, denn für die Dämmerzustände gilt das gleiche wie für andere Bewußtseinsstörungen, die eine Amnesie hinterlassen: Während des Dämmerzustandes kann man oft einen gewissen Grad von Erinnerungsfähigkeit an die im nämlichen Anfall erlebten Ereignisse konstatieren; schon das beweist, daß Engramme gebildet werden. Man sieht manchmal die Erinnerungsfähigkeit mit dem Verlauf des Anfalles deutlich verschwinden. Einer unserer Epileptiker, dessen Dämmerzustände oft mehrere Wochen dauerten, erinnerte sich während derselben ziemlich gleichmäßig ungefähr an die letzten zwei Tage; in dieser Distanz folgte die Amnesie kontinuierlich dem Zeitverlauf nach. Die Erinnerungen können ferner im nächsten analogen Zustand wieder auftauchen, und zwar nicht nur bei hypnotischen und hysterischen Dämmerzuständen, sondern auch bei epileptischen und sogar toxischen. Ein Trinker, der im Rausch seine Schlüssel verlegt hat, weiß in der nächsten Trunkenheit, wo sie sind u. dgl. Auch in der Hypnose können manche solche Dämmerzustände, und zwar auch epileptische, wieder aufgehellt werden.

Die Amnesien der verschiedenen Dämmerzustände sind wohl keine genetische Einheit. Jedenfalls gibt es mehrere Mechanismen, die zu Amnesie führen und in vielen, vielleicht den meisten Fällen zusammenwirken, um diese hervorzubringen oder zu verstärken.

Bei manchen hysterischen Amnesien ist das Wesentliche die Absperrung einer unangenehmen Erinnerung (oder aktuellen Tatsache) vom Bewußtsein. Dieses Bedürfnis hat gewöhnlich schon den Dämmerzustand hervorgerufen:

Eine Frau hat durch ungeschickte Manipulationen hinter dem Rücken des Mannes sein Vermögen geschädigt, weswegen sich der Mann von ihr entfernen will. Nun bekommt sie einen Dämmerzustand, in dem sie einen großen Teil der Ehe und namentlich die in die gleiche Zeit fallende Geburt eines Kindes, das die Lage erschwert, ausgeschaltet hat, und durch Vorhaltungen nicht belehrt werden kann. Sie wird nach einiger Zeit wieder

[1]) Der Ausdruck wird leider auch für verschiedene andere Gedächtnisstörungen gebraucht, so für einen Zustand, wo jedes Erlebnis sofort vergessen wird ohne Rücksicht darauf, ob die Erinnerungsstörung sich auch auf frühere Erlebnisse ausdehne, wie bei unserer organischen Gedächtnisstörung (Morton Prince, The Unconscious, 76. The Macmillan Company, New York 1914). Ferner für Fälle, wie der des Epileptikers im folgenden Absatz, bei dem die vordere Grenze der Amnesie der Gegenwart in einem Abstand von zwei Tagen folgte.

klarer, bekommt jedoch erst, als der Mann sich mit ihr versöhnt hat, die Erinnerung an ihre Schuld und die ehelichen Unstimmigkeiten (nicht aber an den Dämmerzustand).

Daß das Bedürfnis nach Ausschaltung des unliebsamen Vorkommnisses in solchen Fällen für die Amnesie das Wesentliche ist und nicht der Dämmerzustand, ersieht man daraus, daß manchmal überhaupt kein Dämmerzustand eintritt und dennoch ein Ereignis aus der bewußten Erinnerung verschwindet, und aus weniger frappanten, aber um so zahlreicheren Erfahrungen beim Gesunden, wo die Erinnerung unter solchen Umständen erschwert oder ganz verhindert ist.

Solche katathyme Mechanismen wirken, wie schon angedeutet, auch da mit, wo die Ursache des Dämmerzustandes und damit der Disposition zur Amnesie in anderen Verhältnissen liegt.

So wußte ein epileptischer Lehrer, der in einem Dämmerzustande gestohlen hatte, nachher weder von den Diebstählen etwas noch von den epileptischen Anfällen, die er während der Beobachtung in einer Anstalt gehabt, obschon er von beiden nicht nur überführt, sondern auch überzeugt worden war; dabei erinnerte er sich gut an die meisten Einzelheiten seiner Flucht ins Ausland.

Bei den Bewußtseinszuständen, die zu Amnesien führen, haben wir regelmäßig eine stark veränderte Geistestätigkeit. Bei Hysterischen und bei Zorn- und Angstausbrüchen ist es die Affektwirkung, die einen andern Zusammenhang schafft, bei Berauschten und Epileptischen die Vergiftung des Gehirns, bei Organischen jedenfalls hauptsächlich Ernährungsstörung durch Veränderung der Blutverteilung, speziell Gefäßverschlüsse und Hirndruck. Unter solchen Umständen ist schon die Auffassung eine ungenügende und noch viel mehr die Verarbeitung des Wahrgenommenen, d. h. die Knüpfung normaler Assoziationen mit dem sonstigen Vorstellungsschatz des Individuums, mit deren Hilfe ja gewöhnlich Erinnerungen erweckt werden. Alles das sind Erschwerungen der Erinnerungsfähigkeit. An ein ungeordnetes Durcheinander, wie es manche Bewußtseinstrübungen darstellen, könnte sich auch der Normale nicht erinnern.

Das wichtigste und fast immer vorhandene Moment aber ist wohl die ganz andere Einstellung, die inhaltlich und formell veränderte Ideenkombination. Schon der Gesunde verfügt nicht frei über seinen Erinnerungsschatz, wenn er unter ungewohnten Umständen oder bei irgend einer Präokkupation davon Gebrauch machen sollte. So kann es nicht verwundern, daß wir überall nach Veränderung der Einstellung auf ähnliche Erscheinungen treffen. Wenn man sich an die Erlebnisse an einem bestimmten Orte nicht mehr erinnert, so kommen sie oft ganz klar zum Bewußtsein, sobald man den Ort wieder betritt; nach einem manisch-depressiven Anfall sind oft die Erinnerungen geschwächt; im nächsten Anfall, und wenn seitdem Jahrzehnte vergangen sind, können sie sich mit ganz ungewöhnlicher Klarheit geradezu aufdrängen. Wir haben auch gute Gründe, anzunehmen, daß die Amnesie für die erste Kindheit der gewaltigen Umbildung zu verdanken sei, die die Persönlichkeit in dieser Zeit durchzumachen habe. Daß der Säugling kein Gedächtnis habe, ist natürlich eine unsinnige Behauptung.

Als Störungen der Ekphorie haben wir noch zu erwähnen die schizophrenen Zustände, in denen Sperrungen, abnormer Gedankengang und Inkohärenz das Finden der gewohnten Bahnen verhindert. Daran, daß da, wo wenig Assoziationen vorhanden sind, bei Organischen und bei Imbezillen, die Erinnerung von weniger Punkten aus geschehen kann, also unter Umständen weniger leicht vonstatten geht, sei auch in diesem Zusammenhang erinnert.

Das Wiedererkennen ist natürlich da unmöglich geworden, wo die Erinnerung überhaupt ausgefallen ist. Senile erkennen oft die nächsten Angehörigen nicht mehr. Aber das Wiedererkennen erhält sich viel länger als das einfache Erinnern, denn die Assoziation eines neuen Eindrucks mit dem Erinnerungsbild der nämlichen Sache ist gewiß eine der stärksten und am leichtesten zu findenden. Wir sehen denn auch bei der Prüfung der Merkfähigkeit oft, daß der Kranke z. B. einen kurz vorher genannten Namen nicht mehr sagen kann, während er ihn unter einer Anzahl von gebotenen Wörtern ohne Schwierigkeit herausfindet.

Unter Umständen scheint die Alteration des Gefühlstons und anderer noch nicht beschriebener aber regelmäßiger subjektiver Zutaten einer Wahrnehmung diese so zu verändern, daß der Gegenstand uns fremd vorkommt und in selteneren Fällen nicht erkannt wird. Neuropathen und Melancholische haben sehr oft die Empfindung, alles komme ihnen verändert vor; selten halten sie die Dinge wirklich für verändert, während letzteres bei Schizophrenen häufiger vorkommt.

Als Parafunktionen des Gedächtnisses kennen wir zunächst die ungenauen Erinnerungen. Sie finden sich besonders bei Organischen, dann auch bei Epileptikern. Bei den letzteren können ähnliche Erinnerungen leicht miteinander verwechselt werden. Wenn ein solcher Kranker z. B. zweimal im Gefängnis war, so fließen ihm die beiden Vorkommnisse leicht zusammen, besonders in dämmerigen Zuständen. Er erzählt dann von einem Aufenthalt, was zum andern gehört, und, was für die Epilepsie noch bezeichnender ist, er kommt von der Vorstellung der Wiederholung nicht mehr los, und erzählt unter Umständen immer weiter, wie er aus dem Gefängnis entlassen worden ist, dann arbeitete, dann ins Gefängnis kam, dann wieder entlassen und wieder eingesteckt wurde usw. Unscharfe und ungenaue Erinnerungen pflegen auch diejenigen unter den Imbezillen zu haben, die sich in ihrer Vorstellungsbildung nicht streng an das sinnlich Wahrgenommene halten, während wir bei den andern oft eine merkwürdig getreue Reproduktion des Erlebten finden können.

Im ganzen werden diese Ungenauigkeiten des Gedächtnisses in der Pathologie wenig beachtet. Wichtiger sind die systematischen Erinnerungsfälschungen, die als Illusionen und Halluzinationen der Erinnerung bezeichnet werden.

Die Illusionen der Erinnerungen (Paramnesien) sind Übertreibungen der bei Gesunden so häufigen, durch Affekte hervorgerufenen Erinnerungsstörungen ins Pathologische. Sie spielen bei den Geisteskranken aller Art eine sehr große Rolle, die größte bei der Paranoia und dann bei der Schizophrenie. Es gibt keinen Paranoiker, der nicht Erinnerungen im Sinne seiner Wahnideen umändern würde. Aber gerade hier kann man manchmal konstatieren, wie die ursprünglichen Erinnerungsbilder als solche nicht verändert worden sind; die Patientin erklärt z. B.: heute hat der Pfarrer auf mich gepredigt; er hat gesagt, ich werde nun als blödsinnig angesehen und sei zu nichts mehr brauchbar. Auf intensives Fragen bekommt man zunächst trotz allem Verlangen, daß wörtlich zitiert werde, die Rede des Pfarrers im Konjunktiv; wenn aber weder der Arzt noch die Patientin die Geduld verliert, so bringt man schließlich heraus, daß der Pfarrer gesagt hat: „selig sind die Armen im Geiste", daß aber die Patientin das Wort in dem geäußerten Sinne auf sich bezogen hat, und diesen Sinn in Worte übersetzt, die sie, ohne es zu merken, von sich aus dem Pfarrer in den Mund legt. Bei dem Wahn vornehmer Abstammung wird etwa ein an sich gleichgültiger Besuch, den die Eltern einmal erhalten haben, im Sinne eines dem Kranken geltenden Ministerbesuches ausgelegt. Auch da kann man oft durch geduldiges Fragen aus dem Patienten selbst herausbringen, daß es sich um nichts Besonderes handelte. In beiden Fällen aber sind die Kranken durch diese

Analyse nichts weniger als überzeugt und wiederholen gleich nachher die Behauptung in der ursprünglichen Form[1]).

Melancholische mit Versündigungswahn haben die Gewohnheit, ihr ganzes Leben nach begangenen Sünden zu durchforschen. Da machen sie nicht nur aus Kleinigkeiten, wie einem kindlichen Apfeldiebstahl, eine Todsünde, sondern sie verändern die Erinnerung auch oft inhaltlich in dem gleichen Sinne. Manische haben in ihren Aufregungen sehr leicht Händel mit der Umgebung, wobei sie in der Regel die Provozierenden, die andern die sich Verteidigenden sind. Schon während der Krankheit, am auffallendsten aber nach dem Anfall, erzählen sie diese Erlebnisse zum großen Teil in ganz anderer Beleuchtung, die sie als die Mißhandelten, nicht Verstandenen, ungerecht Angegriffenen darstellt. Da sie nun ganz ruhig und in der Regel ganz vernünftig sind, ist es schwer, ihnen nicht zu glauben, wenn man nicht die Ereignisse selbst gut kennt. Übrigens sind in ähnlichen Leistungen auch andere Geisteskranke groß, vor allem die besonneneren und querulierenden Schizophrenen.

Eine systematische und ebenfalls durch den Affekt bedingte Gedächtnisstörung liegt der alternierenden Persönlichkeit zugrunde (s. unter Störungen der Persönlichkeit).

Eine besondere Hervorhebung verdienen diejenigen Gedächtnisillusionen, die Erlebnisse anderer mit der eigenen Person verknüpfen (bei der Appersonierung). Schizophrene behaupten etwa, Dinge erlebt zu haben, die wirklich geschehen sind, aber nicht ihnen, sondern Nebenpatienten. Wer sich für Christus hält, glaubt gekreuzigt worden zu sein und kann sich unter Umständen an Einzelheiten mit sinnlicher Schärfe zu erinnern wähnen, während allerdings meistens solche Produkte durch die Unvollständigkeit der sinnlichen Komponenten unklar werden und daraus als unecht zu erkennen sind.

Den Gedächtnisillusionen gegenüberzustellen sind die Gedächtnistäuschungen, die ohne Anknüpfung an ein wirkliches Erlebnis ein Gedächtnisbild frei schaffen, d. h. einem Phantasiebild Wirklichkeitswert verleihen, die Gedächtnishalluzinationen (im engeren Sinne, denn eigentlich verdienen die Konfabulationen diesen Namen auch). Hier könnte es sich um eine Art parafunktioneller Schaffung von Engrammen handeln. Objektiv sind es Vorstellungen mit dem Timbre des Erlebten, der Erinnerung.

Gedächtnishalluzinationen kommen fast nur bei Schizophrenen vor. Plötzlich können Erinnerungen auftauchen, denen kein Erlebnis entspricht: Der Patient fängt unvermittelt an zu schimpfen, daß man ihn in der letzten Nacht auf den Münsterturm gebracht und dort alle möglichen Turnkunststücke habe ausführen lassen, um ihn schließlich in den Fluß zu werfen. In den folgenden Tagen wird die Geschichte fortgesetzt, und die Erlebnisse werden immer komplizierter, aber anscheinend nach einem bestimmten Plan gestaltet. Er wird schließlich „geflogen“ (vor Erfindung der Aviatik), kommt in der ganzen Welt herum. Dabei handelt es sich sicher nicht um verifizierte Träume und auch nicht um Halluzinationen der Sinne; denn viele dieser Erlebnisse werden in eine Zeit verlegt, da der Patient in ganz normaler Weise bei der Arbeit oder beim Gesang beschäftigt war. In andern Fällen sind die

[1]) Wernicke nennt diese Erscheinung „retrospektiven Beziehungswahn“.

Erinnerungshalluzinationen weniger systematisiert; sie bestehen nur aus abgerissenen Einzelheiten. Der Normale kann sich gut in diese Abnormität hineindenken, wenn er seine Träume genauer beobachtet: Ein gut Teil der Erlebnisse, die man zunächst in den aktuellen Traum verlegt, sind in Wirklichkeit Erinnerungshalluzinationen und tauchen gleich im Zusammenhang als Erinnerungen und nicht als gegenwärtige Erlebnisse auf.

Auch bei Organischen können gelegentlich einmal solche eigentliche Gedächtnishalluzinationen auftreten; so erzählte uns ein Seniler oft, wie er in der letzten Nacht in seinem Zimmer von Räubern überfallen worden sei, die ihm den einen Arm auf den Rücken gebunden hätten, während sie seinen andern mit der Hand wie eine Schöpfkelle benutzten, um Gold und Silber aus seiner eigenen Geldkiste zu schöpfen. Manchmal ließ sich nachweisen, daß er in der Nacht, in die er das Ereignis verlegte, nicht geschlafen hatte und auch nicht halluzinierte. Man hatte überhaupt Halluzinationen der Sinne bei ihm nie konstatiert.

Bei den Konfabulationen handelt es sich ebenfalls um freie Erfindungen, die für Erlebnisse gehalten werden. Sie füllen eine Gedächtnisleere aus, erweisen sich oft geradezu als zu diesem Zwecke geschaffen und bilden sich von einem Augenblick zum andern um, ja wir können sie provozieren und lenken, während die Gedächtnishalluzinationen sich nicht mehr verändern als eine Wahnidee. Man frägt einen alkoholischen Korsakowkranken, wo er gestern gewesen sei. Ohne sich zu besinnen, erzählt er mit großer Bestimmtheit, daß er einen Spaziergang auf den nächsten Berg gemacht habe. Frägt man nun, ob er den Arzt nicht gesehen, so kann man in den ausgesprochenen Fällen mit ziemlicher Sicherheit erwarten, daß er gleich bejaht und ausführt, wie er ihn gesehen, was sie beide gesprochen hätten und so weiter. Dann und wann allerdings bleibt eine solche Erfindung im Gedächtnis haften, bemerkenswerterweise auch dann, wenn die wirklichen Erlebnisse von einer Minute auf die andere vergessen werden.

Leider wird der Ausdruck der Konfabulation auch für lebhafte Gedächtnishalluzinationen und für halb bewußte Phantasieäußerungen von Schizophrenen gebraucht. Wir müssen aber einen Begriff in dem obigen Sinne der Konfabulation haben, denn so aufgefaßt ist sie ein bestimmtes Zeichen organischer Psychosen. Es wäre gut, wenn der Name auf andere Anomalien nicht angewendet würde.

Am lebhaftesten konfabulieren viele alkoholische Korsakowkranke: oft besteht ihre ganze psychische Tätigkeit fast nur in Konfabulieren. Dann konfabulieren viele Paralytiker spontan recht reichlich, besonders die manischen unter ihnen. Die geringste Rolle spielt die Konfabulation bei den senilen Formen, doch ist es auch hier in vielen Fällen noch leicht, das Symptom hervorzurufen, wenn man die Kranken z. B. frägt, was sie gestern getan hätten (Verlegenheitskonfabulation).

Der Konfabulation verwandt sind die Phantasien, die sich jeder gelegentlich macht, sowie die spontaneren Produkte der Dichter. GOTTFRIED KELLERs „Grüner Heinrich" erzählt in einer unzweifelhaft aus des Dichters eigener Kindheit geschöpften Episode, wie er als Abcschütze einmal, wegen Gebrauchs zufällig aufgeschnappter häßlicher Worte peinlich verhört, in der Verlegenheit irgendwelchen Ort und Namen genannt habe, wonach ihm dann auf weiteres Fragen eine komplizierte

Szene mit allen möglichen Einzelheiten auftauchte, die er selbst für erlebt hielt.

Was hier dem zukünftigen Dichter einmal begegnete, das kommt bei der Pseudologia phantastica habituell vor. Pseudologen haben eine lebhafte Phantasie, machen sich ein Märchen von vornehmer Abkunft oder irgendwelchen andern Wünschbarkeiten und handeln darnach. Zum Unterschied von den Konfabulanten und Gedächtnishalluzinanten wird ihnen der wirkliche Wert ihrer Phantasien sofort, wenn die Ereignisse sie daran erinnern, und gewiß auch manchmal sonst, bewußt, und ein Teil ist wohl in jedem Falle dazu gelogen. Aber für beliebig lange Zeiträume können die Pseudologen vergessen, daß sie in einer erträumten Welt leben. Dieser Umstand, verbunden mit einem großen Talent, eine Rolle konsequent durchzuführen, das wohl aus innern Gründen wenigstens bei den zur Untersuchung kommenden Fällen regelmäßig vorhanden ist, machen es ihnen leicht, die Umgebung zu täuschen, und wenn sie nicht sehr moralisch sind, so sind sie zu Hochstaplern prädestiniert. Die Pseudologie ist also nicht bloß eine Anomalie des Gedächtnisses, sondern eine allgemeine.

„Ein junger Mann aus guten Kreisen dachte sich so in den Tod seiner Mutter hinein, daß er in Trauerkleidung und mit einem Kranze in der Hand zur Beerdigung der Mutter nach Hause fuhr. Ein anderer war in einen Streit mit einem Freunde geraten. Er malte sich dann ein Duell mit seinem Gegner aus, in dem dieser erschossen wurde, und benachrichtigte den Vater des betreffenden Herrn von dem unglücklichen Ausgang des Duells. Einen Strafgefangenen fand ich in seiner Zelle damit beschäftigt, den Plan eines englischen Parks zu entwerfen. Er gestand, daß er sich im Geiste schon die Rede präpariert hätte, mit der er seine Gäste bei dem ersten Jagddiner zu begrüßen vorhabe"[1]).

Man nennt die Halluzinationen des Gedächtnisses auch retroaktive Halluzinationen. Der Ausdruck stammt aus der Hypnosenlehre, da man in Hypnose vielen Versuchspersonen leicht eingeben kann, daß sie irgend etwas erlebt hätten: sie glauben dann bestimmt daran und schaffen sich unbewußt genaue Erinnerungsbilder an die suggerierten Vorgänge.

Wernicke hat additive und subtraktive Störungen des Gedächtnisses herausgehoben. Die ersteren wären unsere Gedächtnishalluzinationen, die letzteren die Amnesien und andere Defekte der Erinnerung. Die Bezeichnungen wären sehr bequem, haben sich aber noch nicht eingebürgert.

Unter den Parafunktionen der Erinnerung sind zunächst die identifizierenden Gedächtnistäuschungen zu nennen. Schon der Gesunde hat manchmal, besonders wenn er ermüdet ist, das Gefühl, etwas, das gerade vor seinen Sinnen vorgeht, schon einmal erlebt zu haben. Man will ja die Idee der Seelenwanderung auf solche Täuschungen zurückführen. Bei Neurasthenikern kommt das häufiger vor. Dann und wann sehen wir die Erscheinung bei Schizophrenen und Epileptikern, die sich dann meist darüber ärgern und sich vorstellen, daß man ihretwegen eine solche Komödie aufführe. Ein mir bekannter Schizophrene glaubte während langer Zeit alles genau so vor einem Jahre erlebt zu haben, wie es sich jetzt zutrug. Ein Epileptiker, der in den Dämmerzuständen in allem, was ihm begegnete, namentlich in den Visiten und den Worten der Ärzte eine Wiederholung von Ereignissen, die vor einigen Wochen stattgefunden hatten, sah, bemerkte schließlich, daß das sich oft wiederhole, und verlegte die aktuellen Erlebnisse in eine große Anzahl von früheren Dämmerzuständen, wodurch er sehr aufgeregt wurde.

---

[1]) Aschaffenburg, Die pathologischen Schwindler, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1909, Bd. 66, S. 1073.

Wie hier die Erinnerungsqualität an Vorstellungen geknüpft wird, denen sie nicht gehört, so gibt es in den Kryptomnesien Erinnerungen, die der Erinnerungsqualität verlustig gegangen sind und dem Patienten als Neuschöpfungen erscheinen. Es gibt Gelehrte, die zunächst jede neue Idee negativistisch ablehnen, dann bewußt oder unbewußt verdauen und schließlich, wenn sie ihnen paßt, annehmen, aber dann ganz vergessen, daß sie sie nicht selbst erfunden haben, und sie sogar denen wieder als Neues vorbringen, die sie ihnen beigebracht haben. Senile können in einer Unterhaltung als neu eine Geschichte erzählen, die wenige Minuten vorher in der nämlichen Gesellschaft von einem andern vorgebracht worden ist. Häufig aber bezieht sich die Kryptomnesie auf den ganzen Wortlaut. Im Anfang des Jahrhunderts ist einmal ein Kunstkritiker des Plagiats schuldig erklärt worden, weil er eine Kritik eines andern wörtlich als die seine wiedergegeben hatte. Nach der ganzen Sachlage muß es sich um Kryptomnesie gehandelt haben. JUNG hat auch NIETZSCHE eine Kryptomnesie nachgewiesen, indem ein Abschnitt aus der Seherin von Prevorst in den Zarathustra hineingeraten ist, und zwar in ganz deplazierter Weise[1]). Helen KELLERs unbewußt reproduziertes Märchen vom Winterkönig hat ihr viel Verdruß gebracht.

PICK hat als reduplikative Erinnerungstäuschungen die bei Organischen manchmal vorkommende Erscheinung beschrieben, daß die Patienten nicht die aktuelle Handlung, sondern die Dinge verdoppeln: Sie sind schon von einem ganz gleichen Arzt mit dem nämlichen Namen in einer ganz gleichen Klinik untersucht worden; es gibt also zwei solcher Ärzte und Kliniken.

5. Die Störungen der Orientierung.

WERNICKE teilt die Orientierungsstörungen ein in autopsychische (in bezug auf die eigene Person), somatopsychische (des eigenen Körpers), allopsychische (der Außenwelt). Die Unterscheidung hat eine gewisse Bedeutung; so sind die Alkoholdeliranten nie autopsychisch desorientiert, d. h. sie geben über ihre Personalien, ihre Wohnung, ihre Beschäftigung, ihr bisheriges Leben gute Auskunft, während sie allopsychisch, namentlich in Ort und Zeit, gewöhnlich stark desorientiert sind. Es fehlt aber bei dieser Einteilung die wichtige Hervorhebung der Situation, die ebensowohl zur Allo- wie zur Autopsyche gezählt werden kann. Statt von somatopsychischer Desorientierung sprechen wir von Körper-Illusionen und -Halluzinationen.

Bei allen organisch Geisteskranken höheren Grades liegen schon die primären Hilfsfunktionen, Orientierung, Auffassung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit darnieder, außerdem aber auch die zusammenfassende Orientierung selber. Die Orientierung in Zeit und Raum, später auch die in der Situation wird gefälscht; die Patienten wissen nicht, daß oder warum man sie in der Anstalt zurückhält, erkennen die sie behandelnden Ärzte nicht als solche. Nicht gar so selten wird in der Irrenanstalt die sonst weniger verletzliche Ortsbestimmung vor der zeitlichen Orientierung gefälscht — aus dem Grunde, weil die Kranken nicht an einem solchen Orte sein wollen.

Bei der Schizophrenie ist die Orientierung in Zeit und Ort immer vorhanden, oft sogar ganz vorzüglich, wenn nicht sekundäre Einflüsse,

[1]) C. G. JUNG, Zur Psychologie und Pathologie sogenannter okkulter Phänomene, Zürcher Diss. 1902. Stuttgart, Mutze. Besonders instruktiv ist: FLOURNOY, Des Indes à la Planète Mars. Paris u. Genf 1900. (Étude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie.)

Wahnideen und Halluzinationen es verhindern. Wer glaubt, Christus zu sein, hält sich natürlich für 1900 Jahre alt; aus affektiven Gründen wird auch oft direkt der Kalender gefälscht; der Ort wird von besonnenen Schizophrenen fast immer richtig erkannt. Dagegen ist wenigstens bei den internierten Schizophrenen die Orientierung in der Situation in den meisten Fällen unrichtig: Die Patienten können nicht begreifen, daß man sie für krank hält, glauben sich ungerecht eingesperrt usw.

Ferner kann die Orientierung in allen ihren Beziehungen durch Halluzinationen und Illusionen gefälscht sein: Wenn ein Kranker die Hölle statt des Krankensaales, Teufel statt Wärter sieht, so kann er sich nicht in der Irrenanstalt wissen. Merkwürdig ist, daß bei solchen Zuständen in der Schizophrenie — kaum je bei anderen Krankheiten — meist die richtige Orientierung gleichzeitig neben der falschen läuft: es findet also eine doppelte Orientierung statt. Je nach der Konstellation benutzt der Patient bald die eine, bald die andere, oft auch beide untereinander.

Bei allen solchen Zuständen lebhaften Halluzinierens, das die wirklichen Wahrnehmungen verdeckt, ist auch das Denken gestört, oft in ganz hochgradiger Weise, z. B. bei epileptischen Dämmerzuständen manchmal noch stärker als in unseren Träumen. In einzelnen Fällen scheint die Denkstörung die Hauptursache der Desorientierung zu sein. z. B. in den Fällen von Verwirrtheit (Amentia).

So ist die örtliche und zeitliche Desorientierung eines der konstantesten Teilsymptome aller Bewußtseinsstörungen (Delirien, Dämmerzustände, Verwirrtheiten, Amentia usw.); nicht selten kommt hier die autopsychische Störung (die in bezug auf die Person) hinzu.

6. Die „Bewußtseinsstörungen".

Mit dem nicht zu unserer übrigen Terminologie passenden, aber noch nicht ersetzten Ausdruck „Bewußtseinsstörungen" und „Bewußtseinstrübungen" fassen wir eine Anzahl Anomalien zusammen, bei denen der allgemeine Zusammenhang der psychischen Vorgänge (meist nebst der Orientierung) gestört, oder das Bewußtwerden psychischer Vorgänge hochgradig behindert ist[1]). Das erstere ist namentlich der Fall in den S. 60 erwähnten Zuständen von Verwirrtheit, die auf dem Boden sehr verschiedener Grundstörungen entstehen kann. Starke Verwirrtheit mit massenhaften Halluzinationen wurde auch als Amentia bezeichnet. KRAEPELIN braucht den Namen für ein bestimmtes Krankheitsbild (s. spez. Teil). Überall gebräuchliche, wenn auch von den Autoren recht verschieden definierte und weder unter sich, noch nach außen ordentlich abgegrenzte Begriffe sind die der Delirien und Dämmerzustände.

Was man Delirien nennt, sind meistens mit Halluzinationen und Wahnideen verbundene Zustände unzusammenhängenden Denkens mit einer gewissen Aktivität und von raschem Verlauf. Sie begleiten meist andere Krankheiten, Infektionen, Fieber, Schwächezustände, Vergiftungen, brechen im Dunkelzimmer bei Augenkrankheiten aus; aber in gewissem Sinne können auch Zustände bei Schizophrenie und manisch-

[1]) Die „conscience" der Franzosen ist ein weiterer Begriff als unser modernes Bewußtsein. Schon einfache Wahnbildungen sind „troubles de la conscience".

depressivem Irresein als Delirien bezeichnet werden. Die Bewußtseinsstörungen bei fieberhaften Krankheiten pflegt man alle Delirien zu nennen, obschon viele derselben deutlich zusammenhängende Vorstellungen in der Richtung von Komplexen produzieren und also eher zu den Dämmerzuständen gehörten. In der neueren deutschen Psychiatrie ist „das" Delirium meist das Delirium tremens. Die Erinnerung an die Delirien ist gewöhnlich unvollständig oder sie fehlt ganz[1]).

Bei dem Namen Dämmerzustand denkt man besonders an eine systematische Verfälschung der Situation. Für den, der diese kennt, haben die Handlungen des Dämmerigen einen Sinn und einen mehr oder weniger logischen Zusammenhang. Beginn und Ende des Dämmerzustandes ist meistens plötzlich, die Dauer eine kurze, von Minuten bis Tagen, selten von Wochen oder gar Monaten.

In den selteneren orientierten Dämmerzuständen sind die Assoziationen eingeengt. Es scheint nur eine einzelne Strebung mit dem, was zu ihrer Ausführung nötig ist, vorhanden zu sein, während die übrige Persönlichkeit, wenigstens soweit sie im Widerspruch dazu steht, nicht existiert. Die Kranken handeln in einer bestimmten Richtung, laufen davon, machen eine Reise, schließen einen Kauf ab, führen ein Verbrechen aus, das ihnen sonst ferne liegt, ohne Rücksicht auf sich und andere, wenn sie sich auch speziell bei unerlaubten Handlungen manchmal vor Entdeckungen zu schützen suchen. Meist fallen sie zu dieser Zeit, wenn man sie beobachten kann, als abnorm auf, können aber auch in extremen Fällen Verkehrsmittel richtig benutzen, mit Mitreisenden im Kontakt bleiben, sogar bei Verwandten Besuche machen, ohne daß ihr Zustand erkannt wird.

Die gewöhnlichen desorientierten Dämmerzustände präsentieren sich ganz anders; und doch sind sie, wie die alltäglichen Übergänge zeigen, nur eine Steigerung der vorhergehenden. Das Denken ist trotz eines gewissen Zusammenhanges, der sich etwa mit dem Traume vergleichen ließe, sehr unklar, geradezu verwirrt, und vor allem ist der Zusammenhang mit der Außenwelt unterbrochen oder durch Illusionen und Halluzinationen, vor allem des Gesichtes und dann auch des Gehörs, gefälscht. Die Patienten sehen Räuber, Tiere, Teufel oder den Herrgott mit vielen Heiligen, glauben sich überhaupt in einer traumhaften Situation und benehmen sich dementsprechend. Wie im Traum kann der Inhalt der Dämmervorstellungen ein ängstlicher, ein gleichgültiger, ein beseligender sein. Angst und feindliche Illusionen veranlassen die Kranken oft zu Gewalttaten; Tötungen sogar mehrerer Menschen sind nicht so selten. Sexuelle Erregungen führen zu Lustmorden. Ein Epileptiker steckte seine Werkstatt in Brand, in der Meinung, Feuer unter der Leimpfanne anzuzünden. Beseligende Zustände nennt man Ekstasen. Dabei ist der Zusammenhang mit der Außenwelt oft so vollständig unterbrochen, daß absolute Analgesie besteht. Die Kranken sehen den Himmel offen, verkehren mit den Heiligen, hören himmlische Musik, empfinden wunderbare Gerüche und Geschmäcke und ein unnennbares, deutlich sexuell gefärbtes Entzücken, das den ganzen Körper durchzieht.

[1]) Auch der Begriff der Delirien ist bei den Franzosen viel weiter; sie können Wahnideen bei klarem Bewußtsein Delirium nennen. Bouffées délirantes sind nach MAGNAN kurzdauernde Delirien bei seinen „Degenerierten".

Manche Dämmerzustände haben einen bestimmten Zweck (Krankheit darzustellen u. dgl.); ihr bekanntester Typus ist der GANSERsche Zustand. Die Facies-Verschiedenheiten dieser Formen sind unter den Syndromen angedeutet.

Die Ursachen der Dämmerzustände sind sehr verschieden. Viele sind aus einem affektiven Bedürfnis heraus entstanden: Hysterische und Schizophrene wenden sich von der Wirklichkeit ab, weil diese ihnen unerträglich geworden ist. Die in Wirklichkeit unterbrochene Verlobung dauert im Dämmerzustande fort und führt zur Heirat. Einzelne hysterische Dämmerzustände wiederholen halluzinatorisch ein affektbetontes, namentlich ambivalentes Ereignis, z. B. ein sexuelles Attentat. Seltener können die Wonnen der Ekstase heraufbeschworen werden. Die Grundlage der Dämmerzustände sind die hysterische, epileptische, schizophrene Disposition, Vergiftungen, namentlich der pathologische Rausch, auch der Schlaf (Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Schlaftrunkenheit), dann etwa Migräne, Hirnerschütterungen, Hirnstörungen nach Erhängen, ja gelegentlich einmal schwere Aufregungen bei Psychopathen. Bei der Hysterie ist der ganze Mechanismus psychogen; in den toxischen Zuständen bei Epilepsie und bei Schizophrenie bildet meist die Hirnstörung das wesentliche Moment. Sie schafft ein unklares Denken, das durch die Wirkung affektiver Ziele systematisiert wird, wodurch die Störung die Form eines Dämmerzustandes annimmt. Die Denkstörung hat dann zweierlei Ursprung, einerseits in der toxischen Verwirrung, anderseits in der systematischen Gestaltung mit ihrer Verkennung der Wirklichkeit. Es ist selbstverständlich, daß bei Epilepsie und Schizophrenie die Wirkung der beiden Ursachen eine beliebige sein kann; bei beiden Krankheiten finden sich nicht selten Dämmerzustände, die ganz psychogenen (hysterischen) Charakter haben, ohne daß eine akute Veränderung des Grundzustandes Anlaß dazu gäbe. Liegt, wie oft bei der Epilepsie, primäre Angst vor, so färbt sich der Wahninhalt in diesem Sinne.

Eine Gruppe von Dämmerzuständen hängt mit dem gewöhnlichen Schlafe zusammen: die Schlaftrunkenheit, der Pavor nocturnus und das Schlafwandeln. Anscheinend gesunde Personen ebenso gut wie Psychopathen können bei spontanem Erwachen oder viel häufiger bei brüskem Gewecktwerden ihre Traumvorstellungen nicht gleich los werden oder sie bilden unter dem Einfluß der weckenden Eindrücke plötzlich Wahnideen und Verfälschungen der Wirklichkeit. In seltenen Fällen wird dann irgend etwas Ungeschicktes gemacht, ja unter ängstlichen Vorstellungen ein Attentat, ein Mord begangen. Eine besonders bei Kindern häufige Abart von Schlaftrunkenheit ist der Pavor nocturnus, wobei die Kleinen meist im Anfang der Nacht mit ängstlichem Geschrei auffahren und trotz aller Weck- und Beruhigungsversuche erst nach Minuten oder nach längerer Zeit klar werden. Das Syndrom ist manchmal rein psychisch bedingt, in anderen Fällen durch Atmungshindernisse begünstigt oder geradezu verursacht. Schlafwandeln kommt bei Nervösen aller Art, dann bei Epileptischen vor und in geringerem Grade auch zuweilen bei Leuten, die als gesund gelten müssen, namentlich in jugendlichem Alter. Von einfachen Bewegungen und Lallen von Worten im Schlaf bis zu komplizierten Handlungen und Spaziergängen (gar nicht oft auf dem Dache) gibt es alle Übergänge; am häufigsten werden irgendwelche kleineren Handlungen ausgeführt, die der täglichen Beschäftigung entsprechen, bald sinnvolle, bald sinnlose. Ebenso können Komplexe im Schlafwandeln zum Ausdruck kommen (Lady Macbeth). – Auch die Schlafdämmerzustände sind in der Regel von Amnesie gefolgt.

Natürlich beobachtet man auch ganz leichte Dämmerzustände und Delirien, in denen das Bewußtsein nur etwas eingeschränkt oder verdunkelt ist. Es gibt ja verschiedene Helligkeitsgrade des Bewußt-

seins, von denen in dieser Richtung der orientierte Dämmerzustand der am wenigsten verdunkelte ist.

Es gibt aber auch eine andere graduelle Abschwächung des Bewußtseins, indem äußere Reize eine abnorm große Intensität brauchen, um bewußt zu werden. Leichte Zustände dieser Art nennt man Benommenheit (ein Name, der aber auch geringe Grade von Dämmerzuständen bezeichnen kann), etwas schwerere und namentlich solche, wo die Bewegungen beschränkt werden, Somnolenz; solche, in denen nur stärkere Reize eine Reaktion auslösen, sind als Torpor, und solche, in denen gar nicht mehr reagiert wird, als Koma, bezeichnet. Im letzteren Zustand nimmt man eine eigentliche Bewußtlosigkeit an, d. h. ein Fehlen bewußter Psychismen, natürlich etwas ganz anderes als die fälschlich sogenannte Bewußtlosigkeit in einem Dämmerzustand.

In allen diesen Störungen ist der Umfang des Bewußtseins, d. h. die Zahl der gleichzeitigen Vorstellungen, stark vermindert, in den Dämmerungen mehr oder weniger systematisch, in andern Zuständen in diffuser Weise.

Neuerlich ist auch von „Bewußtseinszerfall“ (Gross) gesprochen worden zur Bezeichnung des schizophrenen Zerfalles der assoziativen Zusammenhänge.

Alternierendes Bewußtsein siehe unter Persönlichkeit.

Es gibt auch ein rein funktionelles Fernhalten von Vorgängen aus dem Bewußtsein. Wenn die Aufmerksamkeit eine bestimmte Gruppe von Vorstellungen bahnt, so hemmt sie zugleich alle andern. In fröhlicher Stimmung werden unangenehme Gedanken ganz von selbst fern gehalten. In der Melancholie kann das Fröhliche nicht gedacht werden. Hierher gehört auch die katathyme Ausschaltung unerträglicher Komplexe vom Bewußtwerden (Verdrängung). In allen diesen Fällen können die nicht zum Bewußtsein zugelassenen Funktionen ganz verhindert sein oder eine unbewußte Existenz führen. (Vgl. Unbewußtes S. 5.)

Die „Besonnenheit“.

Im Gegensatz zu den Bewußtseinsstörungen steht die Besonnenheit, ein Begriff, der jedem klar ist, obwohl man ihn nicht recht definieren kann. In besonnenen Zuständen fehlt jede Bewußtseinsstörung, die Orientierung ist gut, Affekte führen weder zu Unüberlegtheiten, noch zu Stupor. Ein noch so gehemmter Melancholiker kann innerhalb des ihm zugänglichen Ideenkreises normal denken und sich orientieren; er ist also besonnen. Die meisten chronischen Zustände der Schizophrenie ermangeln der Besonnenheit nicht, obgleich die Kranken unter Umständen ganz unsinnig handeln. Die Hauptmasse der Denkfunktion läuft doch richtig ab; namentlich ist die Orientierung gut, und die potentielle Möglichkeit, sich mit dem Patienten über manche Dinge richtig zu verständigen, bleibt vorhanden. Objektive Zeichen der Besonnenheit sind nach Jaspers die Orientiertheit, die Fähigkeit, sich auf Fragen hin zu besinnen, und die, sich etwas zu merken.

Der Begriff ist deshalb ein wichtiger, weil in der Besonnenheit die nämlichen Symptome eine ganz andere Bedeutung haben als in Zuständen von Bewußtseinsstörung: Die konfusesten Wahnideen haben in Dämmerzuständen an sich keine schlimme Bedeutung, fast ebensowenig Körperhalluzinationen. Beide Symptome in Besonnenheit beweisen einen schweren, gewöhnlich schizophrenen Zustand.

7. Die Störungen der Affektivität.

Die Affektstörungen sind nicht in ein System zu ordnen; die Beschreibungen können nur die wichtigsten derselben herausheben. Man hat deshalb auch keine allgemein angenommenen Namen für die einzelnen Anomalien. Wir gebrauchen hier die am meisten verstandenen.

Außer diesen findet man noch etwa die folgenden Ausdrücke angewandt:

Hyperthymie bezeichnet meist die Neigung zu lebhaften positiven Affekten. Ebenso Exaltation, ein Ausdruck, der aber auch für stärkere Grade von Zorn u. dgl. gebraucht wird; wir bezeichnen hier damit die Stimmung der Manischen, mit Euphorie einen geringeren Grad derselben und zwar mit Hervorhebung des subjektiven Wohlbefindens, der Lustbetonung der Erlebnisse.

Hypothymie und Dysthymie sind das gleiche wie Depression oder melancholische Verstimmung.

Als Parathymien sind zu bezeichnen die qualitativ inadäquaten Gefühlsbetonungen der Erlebnisse: wenn traurige Ereignisse von positiven Affekten begleitet werden oder umgekehrt (s. Affektivität der Schizophrenie und Störung der Triebe).

Primäre Affektstörungen sind solche, die von innen herauskommen; die melancholischen und manischen Affektlagen, die Euphorie der chronischen Alkoholiker, die Verstimmungen der Epileptiker und Imbezillen gehören hierher; ferner natürlich die angeborenen abnormen Gefühlseinstellungen. Diese letzteren können selbständige Bedeutung haben („chronische Verstimmungen") oder den Boden bilden, auf dem andere Krankheiten entstehen. Um Hysteriker oder Paranoiker zu werden, bedarf es bestimmter affektiver Konstitutionen, die gewöhnlich angeboren sind. Solche krankhafte Konstitutionen sind wohl meist Übertreibungen der Charaktervariationen der Gesunden (der „Temperamente").

Zu den primären Affektstörungen werden auch diejenigen gerechnet, die als krankhafte, aber qualitativ adäquate Reaktion auf ein Ereignis eintreten; denn auch hier ist die Konstitution das Wesentliche an der Erkrankung; der Affekt ist sekundär, d. h. die Folge eines Erlebnisses; daß er aber ins Krankhafte übertrieben wird, liegt direkt in der Konstitution, ist also für diese Einteilung primär. Eine Mutter verliert ihr Kind. Nun erholt sie sich jahrelang nicht mehr von dem Schlag, sie bleibt in Trauer: krankhaft lange Dauer des Affektes. Oder sie reagiert so stark darauf, daß sie nicht mehr arbeiten, nicht mehr essen kann, daß sie vollständig von dem Schmerz absorbiert ist und sich von einer Melancholischen in keiner Weise unterscheidet: krankhafte Stärke des Affektes.

Als sekundäre Affektstörungen sind zunächst diejenigen zu bezeichnen, die normale Reaktionen auf einen krankhaften intellektuellen Vorgang bedeuten: Ein Paranoiker glaubt eine weltbewegende Entdeckung gemacht zu haben; nun wird er gehobener Stimmung, oder er fühlt sich verfolgt und wird gereizt. In beiden Fällen sind die Affekte normale Reaktionen auf krankhafte Ideen; die Affektbildung selbst ist normal. Ebenso gibt es eine sekundäre Apathie, z. B. bei Organischen, die viele Erlebnisse nicht verstehen und deshalb natürlich nicht darauf reagieren können. Sobald sie etwas in seiner Bedeutung erfaßt haben, reagieren die nämlichen Kranken sehr lebhaft darauf.

In einem ganz anderen Sinne sekundäre Affektstörungen sind die krankhaften Irradiationen und Affektverschiebungen:

Die Patientin hat Ekel und Angst vor hörnchenartigen Suppeneinlagen und anderen hornförmigen Dingen, weil sie einmal von einem Stier erschreckt wurde, dessen Genitalien und Hörner ihr besonders Eindruck machten. Eine Schizophrene v. SPEYRS hatte einen Haß auf einen Gutsbesitzer, weil er ihren Mann betrogen hatte. Als sie auf einem abgelegenen Hofe in die Wochen kam, mußte ihr als Hebamme die Frau des Gutsbesitzers assistieren. Der Haß übertrug sich vom letzteren auf die Frau, von dieser auf das Kind, das sie zu Tode marterte.

Die meisten Affektstörungen sind vorübergehende Episoden. Die dauernden sind meist angeboren, seltener erworben wie die chronische Euphorie der Alkoholiker, die Labilität und manche euphorische oder depressive Dauereinstellung der Organischen, die Nachhaltigkeit und Stärke der Affekte bei den Epileptikern.

Die krankhafte Depression.

In der allgemeinen Depression werden alle Erlebnisse, die inneren und die äußeren, mit psychischem Schmerz verschiedener Nuancen betont. Die leichteren Fälle gleichen der normalen „Niedergeschlagenheit". Weniger gut kann man sich in die affektive Situation des schweren Melancholikers hineindenken. Er hat alles verloren, was für ihn von Wert war, und dennoch erwartet er für sich und seine Lieben noch Schlimmeres, das Schlimmste, was man sich ausdenken kann. Durch „Ablenkung", d. h. Vermehrung der Sinneseindrücke, die ja nur unangenehm betont sind, wird der Schmerz meist verstärkt, außer in den Fällen, wo das Gefühl, daß es dem Kranken nirgends wohl ist, zu einem beständigen Wechsel der Umgebung führt. Oft bekommen die Wahrnehmungen das Timbre des Fremden, des Unheimlichen, des Einförmigen; die optischen Eindrücke sind grau in grau, die Dinge stehen wie schief, die Speisen entbehren ihres eigentümlichen Geschmacks. Das Denken an sich wird nicht nur mit Unlustgefühlen betont, sondern es geht schwer, und inhaltlich können nur schmerzliche Ideen durchgedacht werden; Gedanken mit angenehmem Inhalt bleiben als flüchtige, vorübergehende Vorstellungen ohne Einfluß auf die Überlegungen und auf das Befinden. Zu Handlungen kann der Kranke sich kaum entschließen, und wenn er es fertig bringt, sich zu bewegen, so macht ihm das in der Regel große Mühe.

Der Gedankenablauf ist gehemmt (s. S. 52), geht langsamer; man hat Mühe, etwas auszudenken; Wechsel der Zielvorstellungen kostet Anstrengung oder ist gar nicht möglich; die Kranken fallen immer in die nämlichen Ideen traurigen Inhaltes zurück, oder sie kommen gar nie von ihnen los und wälzen immer nur die nämlichen verzweifelten Gedanken mit sich (Monideismus).

Unter den Nuancen der Depression, von denen erwähnt seien Trauer, Verzweiflung, Gewissensbisse, nimmt die Angst eine besondere Stellung ein. Zwar ist sie häufig mit den gewöhnlichen Formen von Depression verbunden, indem sie diese einfach kompliziert. Sie kann aber auch isoliert auftreten. Man hat deswegen von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehend geradezu eine Angstpsychose und eine Angstneurose als besondere Krankheitsformen abgrenzen wollen. Die Angst hat jedenfalls verschiedenen Ursprung: In vielen Fällen hängt sie deutlich mit Erschwerung der Sauerstoffatmung der Gewebe zusammen, bei Krankheiten des Herzens, der Respirationsorgane, des Blutes. Sie ist ferner unzweifelhaft, wie man schon lange wußte, wie aber erst FREUD in ein helleres

Licht gesetzt hat, in irgendwelchem Zusammenhange mit der Sexualität. Gereizte, aber unbefriedigte Sexualität führt zu verschiedenen Formen von Angst. FREUD faßt das so auf, daß die sexuelle Spannung, der Sexualaffekt, in Angst „verwandelt" werde, was vielleicht nicht richtig ist, obschon sexuelle Befriedigung unter Umständen die Angst beseitigen kann, und obschon die anfallsweise Angst sich, wie allgemeiner angenommen wird, in andere Syndrome, Heißhunger, Schweißausbrüche, asthmatische Anfälle, Diarrhöen, Schwindel usw. umwandeln kann. Wir wissen auch, daß die normale Sexualität eine Angstkomponente hat und daß gar nicht selten Orgasmus durch ängstliche Situationen (sogar Eile, auf die Bahn zu kommen, in der Schule Tadel des Lehrers, schwere Aufgaben) ausgelöst wird. In vielen Fällen von mit Angst verbundenen Psychosen sehen wir einen unbändigen Trieb zum Onanieren, der mit dem Affekt wieder verschwindet. Es muß aber noch andere pathologische Quellen der Angst geben. Wo durch körperliche Prozesse, die wir noch nicht kennen, Depression überhaupt entsteht, kann auch die Angst erzeugt werden, soweit wir wenigstens bis jetzt urteilen können, also bei allen melancholischen Zuständen der verschiedensten Krankheiten.

In noch auffälligerer Weise als die andern Affekte kann die Angst ohne Verbindung mit Vorstellungen sein: Der Kranke kann Angst haben ohne zu wissen warum, und sich ganz klar sein, daß kein Grund dazu da ist („frei flottierende Angst" nach FREUDscher Auffassung). In vielen Fällen schafft sich erst die Angst Vorstellungen, an die sie geknüpft wird, und die sie scheinbar bedingen. Es läßt sich aber meist leicht zeigen, daß solche Vorstellungen das Sekundäre sind; der Ängstliche greift irgend etwas auf, was Angst machen könnte, eine irgendwie zweifelhafte pekuniäre Situation, ein unbedeutendes Symptom einer körperlichen Störung bei sich oder andern, irgend einen Fehler, den er einmal gemacht; wenn ihn aber die Umstände davon überzeugen können, daß die Vorstellungen falsch waren, so ist deswegen die Angst nicht besser, sondern sie knüpft sich an eine neue Idee. Oft schafft sie eine solche ohne jeden äußeren Anhaltspunkt frei aus der Phantasie als ängstliche Wahnidee.

Die Angst ist häufiger und deutlicher von körperlichen Symptomen begleitet als die meisten anderen Affekte. Namentlich oft mit einem verstärkten Tonus des Herzens, das dann als etwas Schweres, Drückendes und oft auch Schmerzhaftes in der Brust wahrgenommen wird, auch wenn das allerdings nicht seltene Herzklopfen fehlt. Der Schmerz kann sogar, wie bei Angina pectoris, in den linken Arm irradiieren. Auch im Unterleib kann ein Wallen oder ein Pulsieren oder ein heißer Strom empfunden werden, oder der letztere kann in den Kopf aufzusteigen scheinen, wo auch andere Mißempfindungen, Klopfen, Druck, Vollsein bestehen können. An den Ort der stärksten Empfindung wird oft „die Angst" lokalisiert; so spricht man von **Präkordialangst**, der häufigsten Begleiterscheinung aller Depressionen, von **Kopfangst** usw. Die allgemeine Angst wird auch als **Seelenangst** bezeichnet.

Die Depression überhaupt hat meist deutliche **körperliche Symptome**. Der ganze Turgor vitalis ist vermindert, die Kranken scheinen älter als vorher; der Stoffwechsel und der Appetit liegen darnieder. Der Tonus der Muskeln, namentlich der der Strecker und Abduzenten ist vermindert; die letzteren bewegen sich mühsamer als ihre Antagonisten, alle möglichst wenig ausgiebig und langsam. Die Haltung wird dadurch gleichförmig, schlaff, gebückt, mit Neigung zum Anziehen der Gliedmaßen. In der Schrift sehen wir meist die Tendenz, die Zeilen nach abwärts zu neigen.

In manchen Fällen, besonders bei Angst, besteht statt der motorischen Hemmung der Trieb, die innere Spannung durch Bewegungen auszudrücken oder los zu werden (Melancholia agitata). Andere haben im Gegensatz zu den gewöhnlichen Melancholischen kein Müdigkeitsgefühl und laufen beständig herum, machen, wenn man es ihnen erlauben kann, ausgedehnte, rastlose Spaziergänge.

Umgekehrt soll die Angst auch die Bewegungen und die psychischen Vorgänge überhaupt hemmen können bis zur Unbeweglichkeit. Nach Analogie der normalen Angstwirkung ist das denkbar; doch gehört die so aufgefaßte Attonität, wenigstens in den meisten Fällen, sicher zur Schizophrenie, wo sie auch ohne jede Angst bestehen kann.

Die Atmung wird leicht gestört, indem die Inspiration unausgiebiger wird; damit hängen die häufigen Oppressionsgefühle zusammen; der Puls ist meist spitz, klein, die Arterie kontrahiert.

Ein verstärkter Tonus der Schlundmuskulatur verursacht sehr häufig ein quälendes Gefühl der Einschnürung und gibt Anlaß zu Nahrungsverweigerung und zu Beklemmungen. Alle möglichen anderen Dysästhesien können außerdem die Depression begleiten.

Depressionen kommen bei den verschiedensten Psychosen vor; man meinte früher, sie leiten alle als Prodromalsymptom ein. Mit zunehmendem Alter wächst die Neigung zu Depressionen und mit der Zunahme von Kreislaufstörungen die der ängstlichen Erregungen. Bei den depressiven Anfällen des manisch-depressiven Irreseins ist die Depression das wesentliche Symptom. Es gibt aber gewiß außerdem Depressionen anderer Art, die wir noch nicht charakterisieren können. — Die Angst ist ein wichtiges Symptom der Phobien, sie begleitet auch sonst Zwangsideen und Zwangshandlungen.

Die krankhaft gehobene Stimmung (Exaltation, Euphorie).

Die Exaltation erscheint zunächst als eine Übertreibung jener Stimmungen, in denen der Gesunde die Welt und seine eigene Existenz besonders genießt. Man denkt nur das Angenehme und empfindet alle Erlebnisse angenehm — wenigstens soweit diese das Ich nicht irgendwie beschränken. Das letztere kommt allerdings sehr leicht vor, denn das Selbstbewußtsein ist in diesen Zuständen meist maßlos gesteigert und zugleich das Streben, d. h. die Ansprüche; so sind Konflikte mit der Umgebung gewöhnlich nicht zu vermeiden und werden um so unangenehmer, als der Affekt des Wohlbehagens sehr leicht in Zorn umschlägt (ganz wie bei der Alkoholeuphorie). Charakteristisch für diese Zustände ist also ein gehobenes Selbstgefühl mit Lustbetonung der Empfindungen und Gedanken, aber mit leichtem Umschlagen in Zorn. Man bezeichnet deshalb gewisse Zustände mit starker Exaltation als manische.

Die Lustbetonung kann natürlich auch hier wieder verschiedene Nuancen haben: Fröhlichkeit, Ausgelassenheit, ästhetisches Genießen, ein allgemeines unsägliches Wonnegefühl (letzteres besonders bei Paralyse; eigentliche Verzückungen sind oft katathyme Erscheinungen).

Entsprechend der Natur der positiven Affekte beim Gesunden ist die Stimmung bei diesen Kranken eine viel labilere als bei den Deprimierten. Sie folgen mit ihren Affektschwankungen den verschiedenen Gesprächsthemen, verlassen aber gewöhnlich die euphorische Grund-

stimmung nicht. In einzelnen Fällen aber können solche Schwankungen sogar bis zu Depressionen gehen, in denen die Patienten durch eine traurige Vorstellung bis zu Tränen gerührt werden.

Wie bei der Depression Hemmung, so haben wir bei der Exaltation oft Erleichterung des Vorstellungsablaufes bis zur Ideenflucht und regelmäßig Erleichterung der Umsetzung der Gedanken in Handlungen. Manische Kranke sehen jünger aus, der Turgor vitalis ist gehoben, die Haltung das gerade Gegenteil von der des Deprimierten. Die übrigen körperlichen Symptome sind weniger ausgesprochen als bei der Depression, wenn auch der Puls eine Neigung zu Größe und Weichheit hat.

Die Exaltation kann wie die Depression bei jeder Krankheit interkurrent vorkommen; zum Bilde gehört sie bei den manischen Zuständen, und Bestandteil der eigentlichen Krankheit ist sie im manisch-depressiven Irresein. Als chronisch-manische Verstimmung kommt sie vor bei Alkoholikern, ferner als Teilerscheinung von psychopathischen Konstitutionen.

Krankhafte Reizbarkeit.

Ein gleichmäßiges überstarkes Anschlagen aller Affekte kann die Grundlage eines abnormen Charakters und hysterischer und ähnlicher Krankheitsbilder sein. Ferner kommt eine solche Anomalie bei den organischen Psychosen und bei Epilepsie vor. Was man aber unter krankhafter Reizbarkeit versteht, ist eine spezielle Tendenz zu Ärger und Zorn und Wut[1]). Sie kommt schon bei Neurasthenischen vor, die sich über alle stärkeren Sinneseindrücke und jede Störung im Übermaße ärgern können. Bei den eigentlichen Geisteskranken sehen wir sie wie erwähnt als Teilerscheinung der Exaltation, dann aber kann sie selbständiger bei allen Blödsinnsformen vorkommen. Das ist z. T. darin begründet, daß Wut die normale Reaktion ist auf eine gefährliche Situation, die man nicht versteht: Unter solchen Umständen nützt Überlegung nichts mehr, dagegen kann ein blindes Umsichhauen oder Sichlosreißen ohne Rücksicht auf die Umgebung und die Integrität des eigenen Körpers unter Umständen das Leben noch retten.

Bei sonstigen reizbaren Charakteren sehen wir umgekehrt die intellektuelle Störung, die falsche Auffassung der Umgebung mit krankhaften Eigenbeziehungen als Folge des Affektes der Gereiztheit, wenn auch diese Leute dauernd etwas einseitig, „borniert“ erscheinen, manchmal bei im ganzen guter Intelligenz.

Bei Imbezillen gibt es außerdem noch von innen heraus kommende Verstimmungen, die leicht die Form von reizbarer Unklarheit des Denkens annehmen. Hier sehen wir denn am häufigsten ein sonderbares Symptom der Wut, daß sich nämlich die Aktion gegen sich selbst kehrt, was bei anderen Kranken nur selten vorkommt: Die Patienten zerraufen sich die Haare, zerkratzen sich das Gesicht oder zerschlagen andere Dinge so, daß sie sich selbst verletzen müssen. Oft zerreißen sie sich nur die Kleider. Bei den Schizophrenen sind solche Beschädigungen der Umgebung inklusive der eigenen Kleider sehr häufig, bald infolge von Aufregungen, die von innen kommen, bald als Reaktion auf objektive harmlose Erlebnisse. In schwereren Fällen von Schizophrenie sind oft Wut- und Zornausbrüche die einzigen erhaltenen Zeichen von Affekten, wäh-

---

[1]) Die Disposition zu Ärger ist gar nicht immer identisch mit der zur Wut.

rend minder hochgradige Reizbarkeit in den leichteren Fällen oft das einzige der Umgebung auffallende Zeichen der Krankheit ist. Bei Epileptikern haben wir häufig eine chronische Reizbarkeit als Teilerscheinung der allgemeinen Intensitätserhöhung der Affekte und ferner als vorübergehenden Verstimmungszustand in ganz ähnlicher Weise wie bei den Imbezillen.

Apathie.

Apathie in dem Sinne, daß die Affekte vernichtet wären, kommt vielleicht bei den Psychosen nicht vor, sehen wir doch alle Affekte bei den schwersten organischen Zerstörungen im Gehirn erhalten. Indessen gibt es viele Fälle von Schizophrenie, die jahrelang gar keine Antriebe und Affekte mehr zeigen. Bei Senilen, die die Welt nicht mehr recht verstehen, sehen wir nicht so selten eine volle Interesselosigkeit gegen alles, was um sie vorgeht, sehr viel seltener gegenüber dem, was man mit ihnen selbst vornimmt. Melancholiker, die so in ihr Elend versunken sind, daß ihnen alles andere als unbedeutend vorkommt, werden manchmal als apathisch verkannt; auch behaupten viele selbst, sie hätten keine Gefühle mehr, sie seien apathisch, weil sie vor dem einen großen Schmerz, der in der Krankheit liegt, die Gefühle für ihre Familie nicht mehr spüren können. Gegenüber der neurasthenischen Reizbarkeit gibt es auch eine neurasthenische Gleichgültigkeit, die sich um nichts mehr kümmert; noch häufiger aber sperren Hysterische für kürzere Zeiten die Affekte vollständig ab, so daß sie apathisch erscheinen. Die dauernd ganz apathischen „Psychastheniker", die die Franzosen beschreiben, würden wir jedenfalls zu den Schizophrenen zählen.

Veränderte Dauer der Affekte.

Eine abnorm lange Dauer der Affekte haben wir bei manchen nicht geisteskranken Leuten, die aus einer Verstimmung nicht mehr herauskommen und z. B. einen Haß immer mit sich herumtragen müssen. Bei der Epilepsie dauern die einmal angeregten Affekte ebenfalls abnorm lange, auch wenn andere Erlebnisse dazwischen kommen. Eine kleine Unannehmlichkeit kann auch einen angeboren Schwachsinnigen tagelang aufregen. Solche Kranke haben eine zu geringe affektive Ablenkbarkeit.

Wichtiger und besser bekannt ist die zu große Labilität der Affekte, die abnorm kurze Dauer derselben und vergrößerte affektive Ablenkbarkeit. Kinder sind normaliter labil; man vergleicht ihnen mit Recht die Senilen; nur sollte man alle Organischen in dieser Beziehung zusammen erwähnen: bei ihnen schlagen alle Affekte sehr leicht an, haben aber keine Dauer, namentlich lassen sie sich zu leicht ablenken. Labilität der Affekte ist auch in den Intervallen des vorgerückteren manisch-depressiven Irreseins etwas Gewöhnliches. Auch Imbezille können an dem nämlichen Fehler leiden.

Emotionelle Inkontinenz.

Die meisten Patienten mit zu großer Labilität der Gefühle beherrschen sich auch schlechter als Normale. Sie müssen jedem Affekt nachgeben, sowohl indem sie ihn ausdrücken, als auch indem sie nach ihm handeln. Doch gehen Labilität und Inkontinenz gar nicht parallel.

Es gibt auch Leute ohne auffallende Labilität, die ihre Gefühle nicht zügeln können. Einer unserer Imbezillen, der noch ein ganz guter Arbeiter war, konnte zu seinem Leidwesen nicht Karten spielen, weil er durch ein lachendes oder jämmerliches Gesicht den Mitspielenden immer verriet, ob er gute oder schlechte Karten bekommen hatte, so daß diese sich darnach richten konnten. In bezug auf die Handlungen ist eine wirkliche Beherrschung der pathologischen Affekte bei den verschiedenen Geisteskrankheiten nicht häufig. Wenn ein Affekt da ist, so wird meist darnach gehandelt. Am besten können Melancholiker dissimulieren, und sie tun es besonders zu dem Zwecke, die Gelegenheit zum Selbstmord zu bekommen.

Affektive Ambivalenz.

Schon der Normale fühlt etwa zwei Seelen in seiner Brust, er fürchtet ein Ereignis und wünscht es herbei, z. B. eine Operation, die Übernahme einer neuen Stellung. Am häufigsten und besonders drastisch sind solche Doppelbetonungen bei Vorstellungen von Personen, die man zugleich haßt oder fürchtet und liebt, und hier wieder besonders, wenn die Sexualität mitspricht, in der selbst schon ein mächtiger positiver und ein fast ebenso mächtiger negativer Faktor liegt; der letztere bedingt u. a. das Schamgefühl und alle die sexuellen Hemmungen und die negative Wertung der Sexualbetätigung als Sünde, die Einschätzung der Keuschheit als einer hohen Tugend[1]).

Solche ambivalente Gefühlsbetonungen sind aber beim Gesunden die Ausnahme; im ganzen zieht er das Fazit aus widersprechenden Wertungen; er liebt weniger wegen begleitender schlechter, und haßt weniger wegen begleitender guter Eigenschaften. Der Kranke aber kann oft die beiden Strebungen nicht zusammenbringen; er haßt und liebt nebeneinander, ohne daß sich die beiden Affekte abschwächten oder überhaupt beeinflußten. Er wünscht den Tod der Frau, und wenn ihm die Halluzinationen denselben vorspiegeln, so ist er verzweifelt, kann aber auch jetzt neben dem Weinen gleichzeitig darüber lachen.

Ambivalente Komplexe sind es hauptsächlich, die die Pathologie (und viele Erscheinungen der normalen Psyche, Traum, Poesie usw.) beeinflussen. In der Schizophrenie treten sie ganz offen zutage; wir sehen daselbst häufig ambivalente Gefühlsbetonungen ganz direkt; in den Neurosen stecken sie hinter einem großen Teil der Symptome.

Angeborener Mangel und Perversionen einzelner Affektgruppen.

Angeborener Mangel ist fast nur als Defekt der ethischen Gefühle beschrieben; außerdem kommt etwa, wenn auch sehr selten, ein Defekt der Sexualität mit allen ihren Affekten vor.

Falsche Affektbetonungen im Sinne von Perversionen, bei denen die Triebseite im Vordergrund steht (Geschlechtstrieb, Nahrungstrieb), sind im Kapitel über die Triebe beschrieben.

Die den einzelnen Krankheitsgruppen angehörigen Affektstörungen.

Siehe Symptomatologie der Krankheiten im speziellen Teil.

[1]) Bleuler, Der Sexualwiderstand, Jahrbuch f. psychoanalytische Forschungen, Bd. V, 1913.

Pathologie der Affektstörungen.

Die Ursachen der Affektstörungen sind noch zum großen Teil dunkel. Sicher sind es ganz verschiedene. Unter normalen Umständen sehen wir Affektschwankungen als Betonung intellektueller Erlebnisse und als Intoxikationen (Alkohol), ferner als Begleiterscheinungen gewisser Körperkrankheiten, wobei auch die chemischen Einwirkungen das Wesentliche sind.

Nach ähnlichen Ursachen müssen wir natürlich in der Pathologie zunächst auch suchen. Es gibt nun sicher affektive Störungen durch Verdrängung von Komplexen: Ein Mann ist mehr homosexuell als heterosexuell angelegt und wird unzufrieden mit seiner Ehe, kann sich aber die Sachlage nicht klar machen, besonders da er seine Frau liebt und sie äußerlich gut miteinander auskommen. Nun wird er deprimiert, bessert sich aber, nachdem ihm alles klar geworden ist, und er sich damit abgefunden hat. Andere Verstimmungen können vielleicht durch Häufung von Ereignissen entstehen, die im nämlichen Sinne wirken: „es kommt so viel zusammen". Solche Mechanismen haben weniger Bedeutung für die Psychosen im engeren Sinne als für die sogenannten Neurosen.

Die Verstimmungen der Epileptiker und der Imbezillen sind wohl toxische Wirkungen. Bei den Affektverschiebungen des manisch-depressiven Irreseins ist man geneigt, etwas Ähnliches anzunehmen; doch ist auffallend, daß viele Manisch-depressive in den gesunden Zwischenzeiten auf psychische Reize abnorm stark reagieren, so daß man die Anfälle der Krankheit in Parallele setzen könnte mit diesen psychogenen Schwankungen. Im selben Sinne ließe sich auch die Tatsache verwerten, daß doch ein kleiner Teil der manisch-depressiven Anfälle durch psychische Ursachen ausgelöst wird, und daß es für unsere Kenntnisse gleich erscheinende Verstimmungen gibt, die dieser Krankheit nicht angehören und psychisch ausgelöst sind.

Die manischen und melancholischen Verstimmungen bei anderen Krankheiten werden zum größten Teil durch den (chemischen oder anatomischen) Krankheitsprozeß bedingt sein, wobei wir noch gar keine Anhaltspunkte haben, warum z. B. eine Paralyse das eine Mal manische, das andere Mal melancholische Bilder hervorbringt. Daß man in neuerer Zeit auch an Einwirkungen der Blutdrüsen denkt, ist selbstverständlich.

Die affektiven Dauerstörungen der Organischen (die Labilität) sind offenbar eine Teilerscheinung der allgemeinen Hirnstörung. Wir sehen eine geringe Nachhaltigkeit der Psychismen auch auf dem Gebiete des Gedächtnisses, und die Einschränkung der Assoziationen muß dazu beitragen, daß nur auf die momentane Situation reagiert wird. Bei der Epilepsie laufen umgekehrt auch alle andern Psychismen langsam ab; das Loskommen von einer Idee ist ebenso schwierig wie die Änderung des Affektes.

8. Die Störungen der Aufmerksamkeit.

Die Pathologie der Aufmerksamkeit ist eine recht komplizierte, indem sie in ihren Wirkungen von den anderen Funktionen stark in Mitleidenschaft gezogen wird. Erschöpfung und viele pathologische Zustände rauben die Konzentrationsfähigkeit. Der Umfang der Aufmerksamkeit wird mitbestimmt von der Menge der gleichzeitig möglichen Assoziationen, ist also herabgesetzt bei den Organischen; der Erfolg der Tenazitätsanstrengung wird gehindert durch die übergroße Anschlagsfähigkeit der psychischen Prozesse beim Manischen; der Mangel der Tenazität bei den Organischen wird etwa in unregelmäßiger Weise überkompensiert durch torpide Schwerbeweglichkeit der psychischen Prozesse, so daß sich sekundäre Hypovigilität mit mangelnder Tenazität vergesellschaftet. In Dämmerzuständen, Vergiftungen u. dgl., wo der Gedankengang zu unklar wird, kann man kaum mehr von Aufmerksamkeit sprechen, auch wenn deutliche Affekte da sind, da die innern und äußeren Strebungen zusammenhanglos werden können. Das Folgende hebt deswegen in etwas schematisch vereinfachter Weise nur das Wichtigste heraus.

Die Aufmerksamkeit variiert ceteris paribus mit den Affekten. Sind diese labil, oder wird den verschiedensten Ideen das nämliche Interesse entgegengebracht (Nivellierung der Ideen nach oben bei manischen Zuständen, nach dem Nullpunkt hin bei Gleichgültigkeit und Verständnis-

losigkeit), so ist natürlich die Vigilität, die Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit eine große. Die Tenazität braucht dabei nicht vermindert zu sein, da ohne Ablenkung das Thema festgehalten werden kann; nur gibt es eben wenig Verhältnisse, in denen äußere und innere Ablenkungen längere Zeit fehlen.

Sind die Affekte stabil, so ist auch die Tenazität eine hohe.

Die Konzentration hängt hauptsächlich von der Stärke der Affektivität ab, doch ist sie bei labilen Affekten meist ungenügend.

Ob bei schwachen Affekten und entsprechend geringer Konzentration die Tenazität gut ist oder nicht, hängt von Begleitumständen ab. Ein apathischer Schizophrene kann einen halben Tag lang alle seine geringe Kraft auf ein Fädchen konzentrieren, das er in den Händen hält. Umgekehrt kann er durch jede Kleinigkeit abgelenkt werden. weil ihn sozusagen kein Interesse zurückhält. Hypotenazität verbunden mit Hypovigilität ist etwas Gewöhnliches, wo Affekte und Intelligenz darniederliegen, bei Benommenheitszuständen, apathischer Imbezillität usw.

Eine Hypotenazität ohne eigentliche Hypervigilität haben wir bei der Aprosexie, der Unfähigkeit, seine Gedanken z. B. beim Lesen auch nur kurze Zeit zu konzentrieren. Das nicht gerade häufige Symptom kommt bei Neurasthenie und bei Behinderung der Nasenatmung durch Polypen vor.

Bei Chorea minor ist Vigilität und Tenazität herabgesetzt.

Eine rasche „Ermüdung" der Aufmerksamkeit beobachtet man bei vielen Organischen, namentlich denen mit groben Hirnherden, auch etwa bei Schizophrenen im akuten Stadium. Umgekehrt braucht es bei Organischen oft längere Zeit, bis sie die Aufmerksamkeit gerade in der gewünschten Richtung konzentriert haben. Wahrnehmungsversuche fallen deshalb bei ihnen oft zunächst recht schlecht aus, ergeben aber nach einiger Zeit bessere Resultate, bis die Ermüdungserscheinungen wieder Verschlechterung bringen.

Der Umfang der Aufmerksamkeit ist verkleinert bei den Organischen und Oligophrenen durch die Beschränkung der Assoziationen, bei Melancholikern und Paranoikern durch das einseitige Interesse und bei Epileptikern durch beides zusammen. Bei den Paranoikern und allen paranoiden Formen haben wir noch als wichtiges Symptom die systematisierte Vigilität, die krankhafte Assoziationsbereitschaft für diejenigen Erlebnisse, die sich mit ihren Wahnideen verknüpfen lassen (vgl. Beziehungswahn S. 69).

Bei den Organischen ist die habituelle Aufmerksamkeit früher und stärker gestört als die maximale. Die Kranken können z. B. bei einer klinischen Vorstellung in bezug auf die Aufmerksamkeit vollständig normal erscheinen, aber sich zu gleicher Zeit auf der Abteilung, wo sie seit Wochen sind, nicht orientieren, ihr Schlafzimmer, ihr Bett nicht finden, weil sie nichts registrieren, was um sie und sogar mit ihnen vorgeht, wenn sie nicht einen besonderen Grund dazu haben. Und zwar können das Gedächtnis und die zusammenfassende Orientierungsfunktion in solchen Fällen durchaus genügend sein, so daß der Fehler mit Sicherheit der Aufmerksamkeit zuzuschreiben ist. Die Kranken beachten sozusagen gar nichts, wenn sie nicht durch irgend einen Umstand zur Aufmerksamkeit angehalten werden, dann aber in ganz normaler Weise.

Wir sehen daraus auch, daß die Intensität wenigstens der maximalen Aufmerksamkeit gut sein kann, trotz stark herabgesetzten Umfanges der Assoziationen.

Die Tenazität der organischen Aufmerksamkeit ist meist herabgesetzt. Die Kranken können sich nicht dauernd mit einer Sache beschäftigen; sie schweifen ab und ermüden zugleich sehr rasch. Die nämlichen Patienten haben aber zugleich Mühe, auf ein anderes Thema überzugehen, das ihnen geboten wird: es besteht zugleich Hypotenazität und (sekundäre) Hypovigilität der Aufmerksamkeit. Bei manischen Zuständen der Paralyse kann die Hypovigilität durch die Ablenkbarkeit der Ideenflucht verdeckt werden, doch ist sie bei darauf gerichteter Untersuchung meist doch nachzuweisen, indem die Kranken z. B. nach Besprechung ihrer Personalien nicht leicht eine Frage nach ihrem Schulwissen sofort beantworten oder nur richtig auffassen können, und das auch, wenn die psychischen Prozesse im ganzen recht rasch ablaufen. Auch durch die Erregungszustände der Presbyophrenie kann die Hypovigilität überkompensiert werden.

Bei den Schizophrenen ist das Verhältnis von aktiver und passiver Aufmerksamkeit umgekehrt wie bei den Organischen; sie registrieren ganz ausgezeichnet, was um sie vorgeht, auch wenn sie sich nicht besonders darum kümmern; wenn sie aber ihre Aufmerksamkeit konzentrieren sollten, so gelingt es ihnen nicht; manchmal hindern sie Sperrungen daran („Sperrung der Aufmerksamkeit"), und zugleich können sie oft ein Thema nicht festhalten. Letzteres sehen wir auch ganz gewöhnlich bei der Ermüdung. Die habituelle Aufmerksamkeit der Schizophrenen ist in der Regel gut.

In manchen Fällen bei Schizophrenen, namentlich beim Gedankendrängen, bei Ermüdung, gegenüber Halluzinationen und Wahnideen, bei Phobien und anderen Zwangsvorgängen, bei der pathologischen Assoziationsbereitschaft ist die willkürliche Richtung der Aufmerksamkeit zwangsmäßig.

Es ist in der Pathologie gebräuchlich, viele andere Erscheinungen aus den Störungen der Aufmerksamkeit zu erklären, und da bei mangelnder Aufmerksamkeit alle möglichen Dummheiten vorkommen können, gelingen solche Zurückführungen sehr leicht, haben aber u. a. gerade deshalb meist keinen wissenschaftlichen Wert.

9. Krankhafte Suggestibilität.

Ein totaler Mangel der Suggestibilität kommt vielleicht nicht vor außer bei Kranken, die überhaupt nicht mehr verstehen und nicht reagieren. Eine sehr große Herabsetzung derselben sehen wir gelegentlich bei Idioten, die dann natürlich unerziehbar sind. Schizophrene sind oft direkten Suggestionen wenig oder gar nicht zugänglich, reagieren aber doch meist noch (und zwar sehr fein) auf das ganze Verhalten der Umgebung. Wo Affektgruppen fehlen, ist natürlich die Suggestion im entsprechenden Sinne unmöglich. Moralische Idioten können nicht im Sinne der Moral, unreligiöse Menschen nicht in dem der Religion beeinflußt werden. Manische Paralytiker, die alles nur von der guten Seite ansehen und mit Glücksgefühlen betonen, sind natürlich schwer dazu zu bringen, eine traurige Vorstellung anzunehmen.

Wichtiger sind die Übertreibungen der Suggestibilität. Wir können sie experimentell in der Hypnose hervorbringen. Viele Leute sind von Natur allen Einflüssen zugänglich wie ein weicher Teig. Ermüdung, Gemütseindrücke haben die nämliche disponierende Bedeutung: hat man doch eine Zeitlang die traumatischen Neurosen auf die Einwirkung trauriger Vorstellungen während des Schreckens zurückgeführt. Manische, Organische, Alkoholiker sind leicht suggestibel.

Wie durch die Erhöhung der Labilität resp. der Affektresonnanz, wird die Suggestibilität auch durch irgendwelche Verminderung der Kritik, die ihr normaliter ein Gegengewicht bildet, erhöht. Je unbesonnener jemand ist, um so suggestibler ist er ceteris paribus.

Die krankhafte Suggestibilität kann zum induzierten Irresein führen, dann zu psychischen und neurotischen Epidemien, zu gemeinsamen Verbrechen u. dgl.

Mit der positiven ist meist auch die negative Suggestibilität erhöht. Senile sind wie Kinder bald eigensinnig, bald den dümmsten Einflüsterungen zugänglich; Paranoiker lassen sich von Leuten, die gerade ihr Vertrauen haben, leicht übertölpeln, während sie anderen gegenüber absolut unzugänglich sind. Bei Schizophrenen finden wir häufig Befehlsautomatie und Echopraxie, also sehr hohe Grade von Suggestibilität, verbunden mit ausgeprägtem Negativismus.

10. Die Störungen der Persönlichkeit.

Wie wir früher gesehen, fassen viele die Assoziationsbereitschaft als eine Hyperfunktion oder Hypertrophie des Ich auf; wir mußten aber diese Vorstellung ablehnen.

Dagegen gibt es vielerlei eigentliche Veränderungen der Persönlichkeit. Jede Geisteskrankheit bildet diese in irgendeinem Sinne, wenn nicht total, um: Der Manische wird leichtfertig und übertrieben aktiv; der Paranoide und meist auch der Paranoiker verlieren die allgemeinen Interessen und leben nur noch ihren Wahnstrebungen; der Epileptiker konzentriert sich auf sein körperliches Wohlbefinden und auf seinen Kleinkram; der Intelligente wird durch einen verblödenden Prozeß dumm und unbesonnen, usw.

Weniger selbstverständlich sind die inhaltlichen Störungen der Persönlichkeit. Ein gewöhnlicher Bürger hält sich für den Kaiser. Was er vom Kaiser weiß, empfindet er als Teil seiner Person: additive Ichstörung, Appersonierung. Sogar hypochondrische Ideen können auf diesem Wege erworben werden: Der Student im ersten klinischen Semester hört eine Herzkrankheit lebhaft beschreiben und sieht sie bei einem oder mehreren Kranken vordemonstriert; das macht auf ihn einen solchen Eindruck, daß er unter Umständen den nämlichen Herzfehler zu haben meint (Morbus medicorum).

Subtraktive Störungen im entsprechenden Sinne sind sehr selten. Natürlich kommt es vor, daß bestimmte Ereignisse aus dem Leben vergessen werden; namentlich Schizophrene vergessen einen Teil ihrer unangenehmen Erlebnisse und leugnen oft Handlungen bona fide ab, die sie nachträglich lieber nicht begangen hätten. Das ist aber nicht ganz analog den additiven Störungen!

Eine besondere Art subtraktiver Störung der Person ist die alternierende Persönlichkeit, auch doppeltes Bewußtsein genannt. Da ist eine Hysterica, die bis jetzt schlecht und recht lebte. Bei irgendeinem bekannten oder unbekannten Anlaß fällt sie in einen hysterischen Schlaf, und nach dem Erwachen hat sie ihr ganzes früheres Leben vergessen; sie weiß nicht, wer sie ist, wo sie bisher gelebt hat, wer diejenigen sind, die sie um sich sieht. Immerhin werden gewöhnlich die üblichen Fähigkeiten des Gehens, Sprechens, Essens, der Benutzung der Kleider u. dgl. in den neuen Zustand („état second") herübergenommen. Was die Patientin zum Verkehr mit den Menschen nötig hat, lernt sie sehr rasch wieder. Aber sie ist auch in ihrem Charakter eine andere: Vorher ein solides Mädchen, wird sie nun leichtfertig und genußsüchtig. Nach einiger Zeit tritt wieder ein Schlafzustand ein, worauf die Patientin in ihrem ersten Zustand erwacht: Sie weiß von der ganzen Zwischenzeit nichts; nach ihrem Wissen ist sie einmal eingeschlafen und nun wieder erwacht wie sonst. Solche Zeiten können miteinander während Jahren abwechseln, indem immer im ersten Zustand nur die Erinnerungen der früheren ersten Zustände zur Verfügung stehen, im zweiten nur die der zweiten Reihe. Häufiger aber scheint es zu sein, daß im zweiten Zustand die erste (gesunde) Reihe, nicht aber im ersten die zweite (kranke) erinnert wird. Es kann auch vorkommen, daß schließlich der zweite Zustand permanent wird, so daß auf diesem Wege eine Umbildung der Persönlichkeit eintritt. In ganz seltenen Fällen können auch mehrere solcher Zustände, jeder mit einem besonderen Charakter und einer besonderen Erinnerungsreihe (Persönlichkeit) miteinander abwechseln; man hat bis zwölf beobachtet. Auch die Fälle bloß doppelter Persönlichkeit sind übrigens sehr selten. Ihre theoretische Bedeutung ist aber doch sehr groß, da sie zeigen, was alles eine bloße systematische Aus- und Einschaltung der Assoziationswege zustande bringen kann. Haben wir hier eine Anordnung zu verschiedenen Persönlichkeiten *nach*einander, so erzeugt die Schizophrenie durch ähnliche Mechanismen verschiedene Persönlichkeiten *neben*einander. Übrigens brauchen wir nicht auf jene seltenen, aber allerdings demonstrativsten hysterischen Fälle zurückzugreifen, können wir doch experimentell durch hypnotische Suggestion ganz Ähnliches hervorbringen, und wissen wir ja, daß in den gewöhnlichen hysterischen Dämmerzuständen die Erinnerung an die früheren Anfälle, für die die Patientin im Normalzustand amnestisch ist, erhalten sein kann oder durch Suggestion weckbar ist.

In anderer Weise werden Teile einer Persönlichkeit abgespalten im Transitivismus, wobei Erlebnisse des Patienten von ihm losgelöst und einer anderen Person zugeschrieben werden. Ein Patient sieht eine schreckhafte Gestalt und schreit heraus; nun meint er, die Gestalt schreie so. Eine Frau wird an einer Zehe operiert; im lange dauernden Dusel der Narkose verlangt sie immer, die Wärterin solle sich doch ihrer Bettnachbarin annehmen, die hätte arge Schmerzen in ihrer Zehe. Jemand träumt in der Nacht, bevor er Diarrhöe bekommt: Broschüren, die er versenden müsse, leiden an Diarrhöe. Ganz allgemein verlegen wir Gefühle, die wir selbst haben, im Traum in andere Personen. Bei der Schizophrenie ist der Transitivismus eine ganz gewöhnliche Erscheinung: Die Kranken sind überzeugt, daß die Stimmen, die sie hören, auch von den andern auf dem nämlichen Wege gehört werden; sie schreiben häufig

ihre eigenen Handlungen anderen zu; wenn sie z. B. etwas lesen, so tun es eigentlich andere; ihre Gedanken werden von anderen gedacht usw.

Eine merkwürdige Störung der Persönlichkeit ist die Depersonalisation, in der die Kranken die bestimmte Vorstellung ihres Ich verloren haben. Sie kommen sich selbst ganz anders vor, müssen im Spiegel sehen, ob sie sich selbst noch sind, erscheinen sich oft auch da fremd, namentlich aber spüren sie ihre eigenen Willensantriebe und Strebungen nicht, sie fühlen sich wie Automaten; manchmal ist ihnen das gleichgültig, meist aber empfinden sie den Zustand höchst unangenehm. Das Syndrom kommt bei der Schizophrenie vor, dann vielleicht bei neurastheniеartigen Zuständen von Psychopathen, in weniger ausgesprochenem Maße auch vorübergehend in einem epileptischen Dämmerzustand. Oft ist es verbunden mit den analogen Fremdheitsgefühlen in bezug auf die Außenwelt.

Bei der Schizophrenie gibt es eine ganze Menge von Transformierungen der Persönlichkeit, von denen ich nur einige Typen herausheben möchte. Die Kranken sind auf einmal Napoleon, im einen Falle, ohne daß sie die bisherige Vergangenheit aufgegeben hätten (bloße Addition); in anderen Fällen aber haben sie wenigstens das der Wahnidee Widersprechende abgesperrt; sie sind nicht in dem Dorfe N geboren, nicht dort in die Schule gegangen, aber sie sind auf irgendeine geheime Weise dazu gekommen, eine Zeitlang die Rolle des Hans Müller zu spielen, und wollen nun wieder die Herrschaft über Europa antreten. In anderen Fällen existiert die frühere Persönlichkeit nicht mehr; sie haben manchmal, aber gar nicht immer, die Vergangenheit Napoleons mit der Gegenwart und ihrer jetzigen Wahnpersönlichkeit durch erdichtete Abenteuer in Kontinuität gebracht. Andere sind Christus, Gott selbst geworden. Letzteres kommt auch bei Paralytikern nicht selten vor, bleibt aber dann meist ohne Konsequenz; die Schizophrenen aber können noch einige Konsequenzen ziehen. So sagte ein solcher Gott, als ich mich darüber verwunderte, daß er die ganze Bibel auswendig wußte, das sei doch selbstverständlich, da er sie ja geschrieben habe; und auf meine Bemerkung, daß es doch merkwürdig sei, wie wir von seinem allwissenden Geist nichts merken, meinte er, er habe eben seinen Geist unter die Menschen ausgesandt, und jetzt sei ihm so wenig geblieben, daß er in die Anstalt gekommen sei; er könne ihn aber in jedem Moment an sich ziehen, wolle es nur nicht aus Mitleid mit den armen Menschen. – Andere Kranke glauben sich in Tiere, ja in Dinge verwandelt, und dabei bleibt es gewöhnlich nicht bei einer Vorstellung: Wie einer Papst und Kaiser und Sultan und eventuell Herrgott in einer Person sein kann, ebenso kann er ein Schwein und ein Pferd sein. Selten ziehen aber die Patienten die Konsequenz, daß sie sich entsprechend benehmen, und z. B. bellen wie ein Hund, wenn sie ein Hund sein sollen; trotzdem sie es nicht wahr haben wollen, handeln sie so, wie wenn der Ausdruck nur symbolisch gemeint wäre, so wie man etwa einen Menschen ein Schwein schilt.

Etwas ganz Gewöhnliches ist es, daß Schizophrene sich — wenn auch in ganz inkonsequenter Weise — mit Personen identifizieren, die sie lieben oder bewundern. Sie *sind* unter bestimmten Umständen, in bestimmter Hinsicht ihre Geliebten, haben das Nämliche erlebt, wie diese, spielen ihre Rolle u. dgl. Ein Patient v. KRAFFT-EBINGs der

nur hinkende Frauen liebte, konnte dem Antrieb nicht widerstehen, ein solches hinkendes Weib nachzuahmen.

Einzelne Schizophrene haben ihre Person vollständig verloren; sie waren einmal der und der, jetzt sind sie aber ein anderer; ihre frühere Persönlichkeit mag in irgendeinem anderen Menschen sein. Unter solchen Umständen kann es vorkommen, daß sie von sich in der dritten Person reden, da sie nach ihrem Gefühl die Person, die sie mit „ich" bezeichnet haben, nicht mehr sind.

Vorübergehende Transformierungen der Person in eine andere, z. B. in Potentaten oder Heilige kommen gelegentlich in den verschiedenen Dämmerzuständen vor.

Man spricht in neuerer Zeit viel von Erhaltung oder Vernichtung der Persönlichkeit; die Paraphrenie KRAEPELINs soll sich von der Schizophrenie, die arteriosklerotischen und luischen Psychosen von der Paralyse und der Dementia senilis und Presbyophrenie durch die gute oder bessere Erhaltung der Person unterscheiden. Wir verstehen darunter das Fortbestehen und Fortwirken der bisherigen Strebungen und Ziele des Handelns und der wichtigeren Charaktereigenschaften überhaupt. Bei den organischen Krankheiten mit weniger geschädigter Person fehlen allerdings Veränderungen der Affektivität im Sinne der Labilität resp. Reizbarkeit auch nicht, aber der Kranke weiß etwas davon, ist sogar oft bestrebt, seine Fehler zu bekämpfen: er wird nicht aus einem ehrlichen Manne ein Schurke; wenn er nicht mehr imstande ist, für die Familie zu sorgen, so empfindet er das schmerzlich; die äußere Haltung bleibt relativ gut, soweit nicht die Besonnenheit gestört ist. Die Leute werden deshalb auch nicht so schnell und oft nur infolge eines einzelnen besonderen Umstandes anstaltsbedürftig.

Die schizophrene Persönlichkeitsstörung ist eine viel stärkere und weitergehende. Wenn auch der Organische ein anderer geworden ist und seine Strebungen oft viel zu sehr wechseln, so ist doch, was er in einem einzelnen Moment fühlt und erstrebt, der Ausdruck seiner ganzen aktuellen Psyche. Der Schizophrene aber kann zugleich Widersprechendes erstreben und etwas tun, was er nicht erstrebt und sogar verabscheut. Seine Persönlichkeit kann sich teilen: im einen Moment handelt und denkt er wie ein großer Herr, im andern wie ein Gelehrter usw. Dem entsprechen dann auch seine Halluzinationen und Wahnideen. Es sind immer verschiedene Strebungen, die sich in solchen Persönlichkeiten verkörpern[1]). WERNICKE nennt die Erscheinung Zerfall der Individualität.

Sehr häufig wird die Richtung von und zu einer Person nicht mehr unterschieden: Eine Paranoide fürchtet sich in der Depression, man tue ihr etwas; von den Stimmen bekommt sie nun den Befehl, andern zu helfen, statt wie es zu erwarten gewesen wäre, daß ihr geholfen werde; die alltägliche Erfahrung zeigt, daß für die Kranken beides identisch ist, und daß man sich nicht ein logisches Zwischenglied hinzudenken muß. Ein Verfolgter möchte Professor werden, beklagt sich aber, daß man ihn mit Gewalt zum Professor machen wolle.

In schweren Fällen der Schizophrenie kommt es zu einem hochgradigen Zerfall der Persönlichkeit, indem das einheitliche Streben

[1]) Vgl. „Komplexe". S. 26.

und der einheitliche Erinnerungskomplex zugrunde geht: die Kranken faseln dahin ohne Zusammenhang im Denken und Wollen, ja, die Grenze zwischen der eigenen Person und der Umgebung wird verwischt. Wie bei der Appersonierung und beim Transitivismus Begriffe, die der Person nicht angehören, mit ihr verbunden werden und umgekehrt, so können schließlich die festesten Assoziationen sich von der Person lösen, während beliebige andere Vorstellungen damit verbunden werden, wenn man in solchen Fällen überhaupt noch von einer Person sprechen kann.

Im allgemeinen leidet die schizophrene Persönlichkeit auf verschiedene Weise: Durch die Demenz, die Einschränkung oder die Perversitäten des Trieblebens, die Störung der einheitlichen Direktion des Strebens und Handelns und die Willensstörungen, welche Schizophrene zu Handlungen zwingen, die sie gar nicht erstreben.

Bei den meisten Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um Spaltungen nach affektiven Bedürfnissen, also einfache Affektwirkungen, die an sich sehr heftig sind oder auf einem krankhaften Boden zu stark werden, so bei der Paralyse, wo die Beschränkung der Assoziationen aus einem Wunsch ohne weiteres eine Wirklichkeit machen kann, und dann namentlich bei der Schizophrenie, wo das Gefüge der Assoziationen ohnehin locker geworden ist; hier können die Komplexe geradezu Unterpersönlichkeiten mit einer Art Selbständigkeit innerhalb der Psyche bekommen: Je nach den Umständen ist der Patient die eine oder eine andere Persönlichkeit, oder, noch häufiger, er hört in den Stimmen einmal den Ausdruck dieses Komplexes (Wunsch, Fürst zu sein), ein ander Mal den eines andern (als Onanist verworfen zu sein).

Nicht genügend klar ist mir die Depersonalisation, da Fälle, die gute Auskunft geben, nicht häufig sind. Zum Teil handelt es sich wohl um den nämlichen Vorgang, den wir bei Melancholischen sehen, denen die äußeren Dinge fremd vorkommen, vielleicht, weil die Gefühlskomponente so stark gefälscht ist. Aber wenn die Kranken ihren eigenen Willensimpuls nicht spüren, so muß das auf dem Absperren einer inneren Empfindung beruhen, dessen Mechanismus und Ursache noch nicht klar ist.

11. Störungen der zentrifugalen Funktionen.

Die Handlungen als das Schlußglied in der Kette der psychischen Vorgänge sind natürlich den Umständen inadäquat, wenn die Empfindungen, Überlegungen und Gefühle, die sie bedingen, inadäquat sind. Wer wegen Wahrnehmungstäuschungen statt der Wärter Räuber auf sich eindringen sieht, wird sich zur Wehr setzen. Andere Halluzinationen beeinflussen den Kranken direkt, oft in zwingender Weise; er muß in ihrem Sinne handeln, auch dann, wenn er einsieht, daß er etwas für sich oder andere Ungünstiges tut. Dazu braucht es nicht immer die Form von Befehlen. So hörte ein in der Zelle eingesperrter Periodiker, Mantel, mehrfach die Worte wiederholen: „Mantel, du starker Held.“ Darauf reagierte er mit Zerstörung der Zelle, um den Foppern zu zeigen, daß er wirklich so stark sei. Natürlich regen die Halluzinationen nur zu denjenigen Handlungen an, für die sonst schon eine Tendenz besteht; aber diese braucht nicht die Tendenz der bewußten Persönlichkeit zu sein, ja sie kann derselben widersprechen. Daneben gibt es Halluzinationen, denen zu folgen überhaupt nur geringer oder gar kein Antrieb besteht, und in späteren Stadien der Schizophrenie wird es die Regel, daß die Kranken ihren Halluzinationen keine Folge mehr geben, trotzdem sie sie für so wahr halten wie je.

Erwähnung mögen noch verdienen die sogenannten halluzinatorischen Aufregungen (bei Schizophrenie), in denen die Kranken unter dem Eindruck von Sinnestäuschungen plötzlich schimpfen, dreinschlagen oder sonst welche Gewalttätigkeiten begehen. Man weiß allerdings in den meisten Fällen nicht, inwiefern die Halluzinationen nur ein Teilsymptom der ganzen zu Tätlichkeiten tendierenden Aufregung und inwiefern Ursache der Wutausbrüche sind.

Ist das Denken gestört, so daß es dem Handeln falsche Ziele steckt, so gibt es wieder falsche Handlungen. Wer die Wahnidee hat, die Umgebung wolle ihn vergiften, wird in den meisten Fällen darauf reagieren — von seinem Standpunkte aus richtig, für den Beobachter krankhaft. Ein zielloses oder schwachsinniges Denken wird ziellose oder schwachsinnige Handlungen bedingen. Wenn das Denken der Psychopathen und Geisteskranken vom Durchschnittsdenken abweicht, so bedeutet das in den meisten Fällen eine Verschlechterung der Qualität; das Handeln der eigentlichen Geisteskranken ist fast immer ein minderwertiges oder negativ zu wertendes. Ausnahmsweise aber und namentlich bei den bloßen Psychopathen, führt die Anomalie zu neuen Werten (vgl. die Bemerkungen über das Genie S. 122).

Am meisten wird das Handeln durch die Affektivität beeinflußt, wenn man wenigstens mit uns die Stärke und Richtung der Antriebe, des „Willens", als eine Teilerscheinung der Affekte bezeichnet: Wer lustig, traurig oder zornig ist, wird sich entsprechend ausleben. Die Angst kann den Menschen bewegungslos erstarren oder erschlaffen machen, zu sinnloser Flucht oder auch nur zu unruhigen Äußerungen des Affektes, zu rastlosem Hin- und Hergehen oder zu brutalen Gewaltakten drängen. Letztere sind namentlich auffallend, wenn sonst die Motilität darniederliegt und der ängstliche oder deprimierte Patient plötzlich sich in einer Objektzerstörung oder gar in einem Mord Luft macht. Man nennt solche Reaktionen auf die unerträgliche Spannung Raptus[1]. — Der Mangel an ethischen Gefühlen bringt antisoziale Handlungen hervor. Gefühlslabilität und Emotivität macht das Handeln unstet, launisch; Mangel an Gefühlen überhaupt oder Schwäche derselben vermindert die Antriebe und macht sie schwach. Der Ausdruck „Willensschwäche" bezeichnet drei ganz verschiedene Dinge: 1. Mangel an Willensantrieben aus Schwäche der Affekte, mangelnder Dampfdruck der Maschine, Abulie infolge von Apathie. 2. Inkonsequenz der Ziele bei zwar lebhaften aber zu labilen Affekten, die ihren Träger von den äußeren Einflüssen abhängig machen; die Maschine geht auf schwache Anstöße hin zu leicht rückwärts, wenn sie vorwärts gehen sollte, weil die Richtungsschaltung zu leicht beweglich ist. Leichtfertige Menschen und diejenigen, die nicht nach ihren eigenen Vorsätzen handeln können, sind angeboren willensschwach in diesem Sinne, Manische und Organische werden es durch ihre Krankheit. Diese Art Willensschwäche kann auch einer übertriebenen Suggestibilität zugeschrieben werden, die nur z. T. zusammenfällt mit der Labilität der Affekte. 3. Entschlußunfähigkeit durch entgegenstehende Überlegungen und Triebe bei zu gewissenhaften und zu sehr alles überdenkenden Personen.

[1]) Es gibt bei Schizophrenen auch Raptus, die nichts als Ausführung plötzlicher Einfälle ohne Affektspannung sind.

Wo man keine oder sehr wenig Willensäußerungen sieht, spricht man von **Stupor**; gewöhnlich liegt dabei das Denken darnieder; ja unter Umständen kann die Denkstörung allein in die Erscheinung treten, so beim Emotionsstupor Imbeziller. **Stupor ist kein einheitliches Syndrom, sondern eine äußere Erscheinungsform verschiedener Zustände**: maximale Apathie, Hemmungen, Sperrungen, Überwältigung durch Schreck oder Angst, Hirntorpor irgendwelcher Art. Wir sehen also Stupor vor allem bei Schizophrenie, wo Apathie, Sperrungen, Hemmungen und auch einmal Hirntorpor zusammenkommen, dann bei Epilepsie, bei organischen Krankheiten, bei manisch-depressiven Hemmungen; doch ist in bezug auf die letzteren zu bemerken, daß man melancholische Hemmungen, wenn sie, wie ja gewöhnlich, deutlich mit den Zeichen schweren psychischen Schmerzes verbunden sind, nicht gern Stupor nennt; die früher so genannte **Melancholia attonita** ist gewöhnlich eine Katatonie mit oder ohne Depression. Stupor infolge starker Affekte (Emotionsstupor) sehen wir in höchster Ausbildung namentlich bei Hysterie, in geringerer ungemein häufig bei angeborenen Schwachsinnsformen.

Eine **Hyperfunktion des Willens** im Sinne besonderer Stärke ist natürlich schwer zu konstatieren, da uns der Mensch um so gesunder vorkommt, je stärker sein Wille. Wir sehen indes bei Hysterischen und anderen Psychopathen manchmal eine Stärke des Impulses, der Ausdauer und der Fähigkeit Schmerzen zu ertragen, die weit über das Normale hinausgeht. Auch Schizophrene entwickeln unter Umständen eine besondere Energie des Willens, z. B. wenn sie sich, ohne analgetisch zu sein, Zähne ausziehen, ein Auge ausdrücken u. dgl. Von einer enormen Willenskraft zeugt manchmal die Dissimulation von Krankheitssymptomen, besonders bei Melancholikern. — Als eine Hyperfunktion des Willens hat man auch den Beschäftigungsdrang der Manischen betrachtet, die beständig vielerlei wollen und ausführen. Auch die im übrigen prinzipiell davon geschiedenen Hyperkinesen mancher Katatoniker (siehe unten) werden hier erwähnt.

Eine krankhafte Erleichterung der **Entschlußfähigkeit** sehen wir bei den Manischen und unter leichterer Alkoholwirkung. Dann in Affekten, die zum Handeln drängen (Wut, Angst), aber da natürlich einseitig, nur in der Richtung des Affektes; jede Idee, die eine zentrifugale Komponente hat, führt gleich zur Tat. Immer ist dabei die Möglichkeit richtiger Überlegung vermindert; die Handlungen werden überstürzt. Ist die Überlegung primär gehemmt, so wird umgekehrt auf einen beliebigen Anreiz hin ceteris paribus leichter und rascher zur Tat geschritten.

Bei den melancholischen Zuständen ist die Entschlußfähigkeit direkt schwer geschädigt; sie wird aber auch sekundär noch herabgesetzt durch das Gefühl der ungenügenden Überlegung und besonders durch die allgemeine Unlustbetonung aller möglichen Zielvorstellungen. Wenn der Kranke dazu neigt, ins Freie zu gehen, so erscheint ihm das zu schrecklich; stellt er sich vor, daß er im Zimmer bleibe, so ist auch das wieder unerträglich. Bei Apathie kommt es zu keinem Entschluß, weil der Trieb dazu fehlt, ebenso bei Torpor, wo alle psychischen Prozesse darniederliegen. Bei der Sperrung sind, solange sie besteht, die psychischen Prozesse überhaupt oder doch gerade in der Richtung des Ent-

schlusses unterbrochen und es geschieht gar nichts. Es kann aber auch zu viel gedacht werden: Wer die Neigung hat, alle nur denkbaren Möglichkeiten bei einer Erwägung herbeizuziehen, kommt schwer zum Ende. Eine gewisse Einseitigkeit ist zum Handeln nötig; man muß im großen und im kleinen Vorteile aufgeben und etwas riskieren können, wenn man zur rechten Zeit und mit der gehörigen Kraft handeln soll. Manchmal ist die Ambivalenz der Gefühlsbetonung (S. 92) ein Hindernis des Entschlusses: Wenn man ein Ding zugleich liebt und haßt, ohne die negativen und positiven Gefühle in eine einheitliche Differenz zusammenzuziehen, so wird man nach beiden Seiten gerissen und kommt auch im Entschluß nicht zu einer Resultante. Die sogenannten psychomotorischen Erregungen und Hemmungen betreffen natürlich die ganze Psyche, jedenfalls nicht nur die eigentliche Motilität, sondern deutlich auch das Bedürfnis zu handeln, die Entschlußfähigkeit, die Leichtigkeit des Überganges der Erregung auf die eigentlich zentrifugalen Bahnen. Der manische Betätigungsdrang (Beschäftigungsdrang) äußert sich darin, daß die Kranken sich nie Ruhe gönnen können; immer muß etwas geschehen; in leichteren Fällen tritt mehr eine quantitative Vermehrung von Handlungen ein, die auch der Normale vornehmen kann, Steigerung der geschäftlichen Tätigkeit u. dgl.; in schwereren kommt es zu Exzessen, Unüberlegtheiten auf allen Gebieten und schließlich zu Zerstörung von Objekten und Aufbauen neuer Kombinationen aus dem gewonnenen Material, beständigem Schmieren, Schreien, Springen usw. Im einzelnen pflegen die Ziele unter solchen Umständen sehr rasch zu wechseln; nichts wird fertig gemacht, und schon in den leichten Fällen fehlt bei den geschäftlichen Unternehmungen des manisch Verstimmten die Ausdauer. Natürlich entlädt sich der Beschäftigungsdrang auch in der Sprache: Die Kranken sind schwatzhaft und kommen schließlich gar nie aus dem Reden heraus, das immer mehr den Zusammenhang verliert (Logorrhoe).

Die depressive Tätigkeitshemmung läßt die Handlungen nach Möglichkeit, in schweren Fällen ganz, vermeiden oder, wenn noch Bewegungen und Handlungen vorkommen, so sind sie eintönige Ausflüsse des Affektes, namentlich der Angst.

Die höchsten Grade der Bewegungshemmung nennt man Attonität: Die Kranken bewegen sich wirklich während längerer Zeiträume gar nicht mehr aktiv; man muß sie an- und auskleiden wie Puppen, muß ihnen das Essen einlöffeln oder gar mit der Sonde eingeben, der Speichel wird nicht geschluckt und fließt aus den Mundwinkeln, sogar der Lidschlag kann aufhören. Solche Zustände gehören fast immer dem schizophrenen Stupor, namentlich dem depressiven an.

Es gibt aber wohl auch eine einfache schizophrene Akinese, die sich zur Zeit noch nicht gut auf andere Störungen zurückführen läßt, indem die Begleitsymptome zu gering ausgebildet erscheinen. Ihr gegenüberzustellen ist die schizophrene Hyperkinese, wobei die Kranken in beständiger Bewegung sind, aber doch nicht zu „handeln" scheinen: Sie schlagen ohne sichtbaren und, soweit man erfahren kann, auch ohne ihnen selbst bekannten Zweck um sich, zerstören, werfen sich oder nur ihre Glieder in die Luft, machen Faxen usw. Subjektiv und objektiv erscheint die Tätigkeit trotzdem als eine gewollte; es ist ein psychischer Bewegungsreiz ohne Motiv, man möchte sagen, eine Art Krampf der Psychomotilität (gar nicht aber ein motorischer Krampf im gewöhn-

lichen Sinne). Dieser bloße Bewegungsdrang ist strenge zu unterscheiden von dem Beschäftigungsdrang der Manischen, der immer einen Sinn hat. Man hat als einen analogen „Krampf des Sprachzentrums" auch die Verbigeration auffassen wollen, sie ist aber nicht besonders häufig mit Hyperkinesen vergesellschaftet.

Mehr auf die äußere Erscheinung bezieht sich der Begriff der Jactation. Es handelt sich auch da um bloße Bewegungen, besonders kraftlose, die höchstens Rudimente von Handlungen sind und ganz verschiedene Ursachen haben. Unter Umständen mag man hyperkinetische Zustände in dem eben beschriebenen Sinne so nennen, dann die aus Angst oder sonstigen unbehaglichen Gefühlen entspringende Agitation oder das Sichherumwerfen bei Schmerzen; am ehesten entspricht der Begriff den Bewegungen bei Hirnreizungen, z. B. bei Meningitis oder Delirium acutum.

Bei Schizophrenie kommt es manchmal zu einer motorischen Parafunktion, die geradezu an Apraxie erinnert, aber jedenfalls dem organischen Syndrom dieses Namens genetisch nicht analog ist, eher wohl den verkehrten Handlungen, die man im Schreck oder in der Zerstreutheit macht: Der Kranke will z. B. den Löffel auf den Teller legen, nimmt ihn aber mit unsicheren Bewegungen sonderbar in die eine Hand, dann in die andere, wo er ihn umdreht, um ihn endlich auf die Knie zu legen; oder er nimmt statt des Löffels irgend etwas anderes, was gerade da liegt. Beim Gehen bewegen sich die Beine unsicher, in verschieden großen Schritten, nicht genau auf das Ziel hin. Verwandte Störungen leichteren Grades hat KRAEPELIN mit der Bezeichnung „Verlust der Grazie" zusammengefaßt. Da verschiedene Gefühle zugleich den Kranken bewegen, und sie den Ideen schlecht angepaßt sind, erscheinen oft alle Handlungen unecht, gemacht, manieriert und bekommen, da die Ideenassoziationen auch in bezug auf die Ausführung der Bewegungen nicht in den gewohnten Bahnen verlaufen, etwas Bizarres (vgl. unten „Manieren").

Manchmal werden Bewegungen resp. Handlungen stereotypiert, wobei ganz verschiedene Mechanismen im Spiele sein mögen. Katatonische können bisweilen mit einer mehrfach ausgeführten Bewegung, dem Abwischen des Gesichtes, dem Auslöffeln der Suppe, nicht aufhören, wenn sie trocken sind, oder wenn keine Suppe mehr da ist, oder sie denken nicht daran, aufzuhören, wenn sie fertig sind. Besonders leicht stereotypiert starker begleitender Affekt eine Handlung, die dann ohne willkürliches Hinzutun des Kranken immer wiederholt wird. Dabei erfährt sie meist mit der Zeit gewisse Abkürzungen in der Form, oder sie wird in bezug auf den Ort verlegt: Ein ursprüngliches onanistisches Wetzen mit dem Becken kann schließlich in ein Schütteln des Kopfes übergehen. So und noch auf andere Weise entstehen bei Katatonikern stereotype Bewegungen, die oft Jahrzehnte überdauern und dem Kranken wie dem Beobachter sinnlos erscheinen. An gewohnten Handlungen können Abänderungen vorgenommen werden, die dann stereotypieren: Der Kranke tippt bei jedem Knopf, den er zuknöpfen sollte, siebenmal auf das Kleid; er reicht die Hand in ganz sonderbarer Weise (Abänderungsstereotypien, Manieren).

Es gibt aber auch noch andere Manieren als die Abänderungsstereotypien: Selbständige hanswurstartige Gebärden, Fingerspreizen, dann Bizarrerien aller Art, schrullenhafte Tracht in Kleidung und Haaren, karikierte Eleganz und schließlich krankhafte Ausdrucksweisen von Affekten, übertriebenes hohles Pathos, süffisantes Benehmen, kurz alle Fehler eines schlechten Schauspielers. Da diese Erscheinungen in Andeutungen bei vielen in der Pubertät auftreten, hat man sie als durch die Krankheit perpetuierte und übertriebene Pubertätssymptome auffassen wollen.

Betrifft die Stereotypie die Sprache, so nennt man sie Verbigeration; dabei werden ganz oder wenigstens für die aktuelle Situation sinnlose Wörter und Sätze immer wiederholt, oft in auffallendem, ebenfalls stereotypiertem Tonfall.

Außer den Stereotypien der Bewegung gibt es solche der Haltung (die Kranken nehmen immer genau die gleiche Haltung ein), und des Ortes (sie wollen immer am nämlichen Orte sitzen oder stehen oder auch gehen). (Näheres im Kapitel Schizophrenie.)

Die Stereotypien in dem bisher ausgeführten Sinne gehören zu den katatonen Symptomen und kommen außerhalb der Schizophrenie vielleicht noch bei Organischen vor; es ist aber gar nicht sicher, daß sie hier genetisch gleichwertig seien. Jedenfalls ist etwas ganz anderes als die Stereotypie die Perseveration der Organischen, die wir am typischsten bei groben Hirnherden, namentlich Aphasikern, sehen: Die Kranken kommen von einem Wort, das sie eben gehört oder namentlich gesprochen, nicht ab und wiederholen es, wenn sie etwas anderes sagen wollen, beständig. Auch wenn die Patienten eine einfache Handlung ausführen, ja bloß etwas denken wollen, geht ihnen unter Umständen der Impuls gegen ihren Willen in die Bahn der vorhergehenden Handlung oder des unmittelbar vorher Gedachten.

Andere stereotypieartige Erscheinungen sind die gleichartigen Handlungen, die manche Epileptiker in den postepileptischen Dämmerzuständen ausführen, die Wiederholungen schreckhafter Erlebnisse durch Halluzinationen und (meist abgekürzte) Handlungen in den Dämmerzuständen der Hysterischen. Die Äußerungen eines andauernden starken Affektes, wie das stereotype Schreien oder Jammern depressiver Organischer, die Ticks, manche automatisch gewordenen Handlungen, die Bewegungen der Idioten, alle diese äußerlich den schizophrenen Stereotypen gleichenden Bewegungen haben ganz andere Genese und Bedeutung.

Parafunktionen des Willens knüpfen sich hauptsächlich an das an, was man „Triebe“ nennt. In der normalen Psychologie ist ein Trieb etwas Ähnliches wie ein „Instinkt“, der definiert wird als Fähigkeit, so zu handeln, daß bestimmte Zwecke erfüllt werden, ohne daß diese bekannt oder berücksichtigt werden, und ohne daß eine besondere Erziehung, Anlernung oder Einübung nötig ist. Beim Menschen ist einigermaßen ursprünglich nur noch der Geschlechtstrieb erhalten, der von der Kultur in verschiedener Weise zurückgedrängt wird (Keuschheitsbegriff, Zweiehe, Askese, Kinderbeschränkung), aber mit elementarer Gewalt durchbricht und beim Einzelnen diejenigen inneren Konflikte erzeugt, die am meisten pathogen wirken. Der Nahrungstrieb ist beim Kulturmenschen, der selten eigentlich hungert, und wenn er verhungern möchte, mit Zwang gefüttert wird, verkümmert; er wird auch sehr indirekt befriedigt, z. B. indem man mit sechs Jahren schreiben lernt, um nach zehn bis zwanzig Jahren sein Brot zu verdienen. Sogar der Selbsterhaltungstrieb ist bei uns nicht mehr auf der Höhe, weder in bezug auf den einzelnen, noch seine Familie, noch seine Rasse; der Selbstmordtrieb, der unter einfacheren Umständen auch in pathologischen Verhältnissen äußerst selten vorkommt, ist in unseren Anstalten zur Kalamität geworden. Erhalten ist die Ethik, der altruistische Trieb, wenn er auch gerade jetzt in einer gewissen Umwertung sich befindet. Dafür sind andere mehr kultur- als lebenerhaltende Triebe, wie der nach Wissen, besonders lebhaft.

Die krankhaften Störungen des Nahrungstriebes sind in der Psychiatrie nicht gerade wichtig. Neben übertriebener Gefräßigkeit der Paralytiker und Idioten sehen wir bei Depression und bei katatonen Bizarrerien Abwesenheit des Appetits, ja Abneigung gegen Essen und Trinken mit beliebig langer vollkommener Abstinenz; außerdem bei Nervösen sonderbare Gelüste (Picae) und bei Schizophrenen Neigung, alles mögliche, so auch die eigenen Exkremente zu verschlingen, bald mit, bald ohne gustatorisches Wohlbehagen.

Der Sexualtrieb hat eine besondere Pathologie, die in der speziellen Psychiatrie abgehandelt wird. Die Ethik schwankt konstitutionell von dem „Genie des Altruismus" bis zu dem moralischen Idioten, der bar aller altruistischen Gefühle ist.

Eine ganz andere Bedeutung hat der Ausdruck „Trieb", wenn man von „krankhaften Trieben" spricht; meist meint man damit Impulse zu Handlungen, die ohne eigentliche Überlegung oder mit unverständlicher Überlegung oder ohne die Zustimmung der ganzen Persönlichkeit unerwartet ausgeführt werden. Solche Handlungen zeichnen sich oft durch Heftigkeit, Schnelligkeit, Gewandtheit und Rücksichtslosigkeit gegen die Interessen anderer wie gegen die eigenen aus. Aber auch unter dem Namen der Triebhandlungen werden prinzipiell verschiedene Symptome in verschiedenen Abstufungen zusammengefaßt. Man spricht vom krankhaften Triebe, Feuer anzuzünden (Pyromanie), vom Stehltrieb (Kleptomanie), Mordtrieb u. ä. Die Störungen werden später unter dem Titel des „impulsiven Irreseins" beschrieben.

Alle Triebhandlungen haben das Gemeinsame, daß sie ohne Mithilfe der Überlegung und des zweckbewußten Willens ablaufen.

Nur teilweise das Gleiche bezeichnet der Ausdruck „impulsive Handlungen", nämlich verschiedene nicht abgrenzbare Arten von plötzlich und ohne rechte Überlegung ausgeführten Akten, seien es verständliche „Affekthandlungen" bei Emotiven, seien es Handlungen, die durch innere, dem Subjekt selbst nicht genügend bewußte Motive bedingt sind, wie sie besonders bei Schizophrenen vorkommen. Auch plötzliche Zwangshandlungen werden unpassenderweise zuweilen impulsive genannt, dann natürlich auch die melancholischen Raptus.

Gewisse pathologische Handlungen stellen sich in abnormer Weise zum Bewußtsein oder zum Willen. die Zwangshandlungen und die automatischen Handlungen.

Die Zwangshandlungen sind bewußte Handlungen gegen den eigenen Willen auf einen inneren Antrieb hin, dem die Persönlichkeit nicht widerstehen kann; meist ist der Widerstand mit Angst oder einem andern, unnennbaren Unbehagen verbunden, unter dessen Einfluß die Persönlichkeit schließlich nachgibt, in gleicher Weise, wie man durch einen körperlichen Schmerz gezwungen wird, etwas zu tun, das man nicht tun möchte.

Antriebe zu gleichgültigen Handlungen bis zum zwangsmäßigen Ausstoßen unanständiger oder sakrilegischer Worte (Koprolalie) kommen bei verschiedenen Zuständen häufig vor; soweit sie aber auf schwere Verbrechen, wie Mord der Angehörigen zielen, sind sie außerhalb der Schizophrenie selten unwiderstehlich, ja, es handelt sich am häufigsten mehr um Befürchtungen etwas zu tun, als um eigentliche Impulse (vgl. Zwangsvorstellungen S. 63 und Zwangsneurose). Allerdings sind

die Befürchtungen nichts anderes als Wirkungen ins Unbewußte verdrängter Impulse.

Automatische Handlungen werden vom Patienten selbst nicht direkt bemerkt; er spürt weder, daß er die Handlung will, noch daß er sie ausführt. Dauert die Handlung länger, so nimmt er davon Notiz wie ein Dritter, indem er zusieht und zuhört. Das kommt bei Schizophrenie vor, wo häufig auf diese Weise Scheiben eingeschlagen, Kleider zerrissen, Schläge ausgeteilt werden, dann aber in besonders klarer Ausbildung in hysteriformen und künstlichen Trancezuständen in der Form komplizierter sinnvoller Handlungen. Der Mund redet, produziert (scheinbar) die Gedanken eines Spirits, predigt, die Hand schreibt. Von geschickten Suggestoren lassen sich offenbar die meisten Leute sehr rasch zu automatischem Schreiben erziehen. Ich weiß von einem Quacksalber, der sich von allen seinen Patienten die Diagnose und die anzuwendenden Mittel automatisch aufschreiben ließ. In spiritistischen Zirkeln wird automatisches Reden von jedem „Medium" ausgeführt, und in religiösen Epidemien (Prediger in den Cevennen u. a.) ergreift der Automatismus größere Kreise von Anhängern. Es ist leicht verständlich, daß solche Leute die Idee bekommen, sie seien von einem Geiste besessen (Dämonismus). Äußert dieser das, was sie bewußt denken oder wünschen, so ist es ein guter Geist, andernfalls ein böser; es ist nämlich gar nicht selten, daß die Kranken gerade das tun müssen, was sie nicht wollen, z. B. häßliche oder sündige Worte ausstoßen (automatische Koprolalie).

Eine sehr gute Beschreibung eines schizophrenen Patienten ist folgende:

„Plötzlich fühlte Dolinin (der Schreiber selbst), daß seine Zunge anfängt, nicht nur ohne seinen Wunsch, sondern sogar gegen seinen Willen, laut und dabei äußerst schnell das auszusprechen, was in keinem Falle hätte ausgesprochen werden müssen. Im ersten Augenblick war der Kranke durch die Tatsache selbst dieses ungewöhnlichen Vorganges betroffen und erschreckt; denn plötzlich in sich ganz handgreiflich einen aufgezogenen Automaten zu fühlen, ist an und für sich unangenehm genug; als er aber anfing, den Sinn dessen zu begreifen, was seine Zunge plapperte, stieg das Entsetzen des Kranken noch mehr, denn es erwies sich, daß er, D., offen seine Schuldigkeit an schweren Staatsverbrechen eingesteht, sich mitunter solche Pläne zuschreibend, die er nie gehabt hatte. Dessenungeachtet hatte sein Wille nicht die Macht, die plötzlich autonomisch gewordene Zunge zurückzuhalten"[1]).

Innerhalb der automatischen Handlungen gibt es verschiedene Mechanismen. Es kann sein, daß das ausgeführt wird, was der Patient tun möchte; er spürt aber den Willensimpuls und den Abgang desselben nicht: Wenn er essen, die Hand geben, gehen will, oder nur, wenn es gerade am Platze wäre, das zu tun, so führen seine Glieder die Handlung aus; er hat aber nicht die Empfindung, wie wenn sie es auf seinen Antrieb hin täten (bei Schizophrenie). Das Glied kann auch etwas ausführen, der Mund etwas sagen, was der Patient nicht möchte; er spürt den Trieb, möchte widerstreben, hat aber keine Macht; die Innervation seiner Muskeln ist von einem andern Willen befehligt. Das geht über in die Zwangshandlungen, und der andere Wille ist natürlich nicht ein fremder, sondern eine eigene verdrängte Strebung des Patienten (bei Hysterie, Schizophrenie). Nicht wenige automatische Handlungen bleiben auch in der Ausführung unbewußt, so wenn eine Hysterica während der Unterhaltung Rosenblätter an der Schläfe zerdrückt, als Symbol für den Gedanken an den Tod ihres Geliebten, der sich durch die Schläfe geschossen hat. Das ist wohl auch das Prototyp vieler schizophrener Stereotypien.

Offenbar ganz andere Mechanismen haben die automatischen Handlungen, die durch Übung gebildet werden. Beim Gehen, Reiten, Radfahren, Klavier-

[1]) KANDINSKY in JASPERS, Allgemeine Psychopathologie. S. 121. Julius Springer, Berlin 1913.

spielen und überhaupt bei allen unseren Beschäftigungen führen wir eine Menge von Einzelhandlungen aus, die wir weder bewußt einleiten, noch bewußt dirigieren. In der Regel sind es gewollte Handlungen, aber nicht immer; mancher tut auch etwas, das er bewußt nicht ausführen würde, in der Nase grübeln in Gesellschaft, ein Verachtungszeichen geben u. ä.

Solchen Handlungen ähnlich werden manche anscheinende Stereotypien Organischer sein, die offenbar meist automatisch ablaufen, aber Handlungen darstellen, die schon vor der Erkrankung geübt worden sind wie unaufhörliches Am-Schnurrbart-drehen u. dgl.

Die Liste ist noch zu vervollständigen durch einige Typen, die zwar untereinander recht verschieden sind, aber das Gemeinsame haben, daß sie bald ganz bewußt, bald ganz automatisch, bald nur teilweise bewußt ausgeführt werden: sie sind manchmal Ausdruck einer Stimmung: Die Daumen umeinander drehen, in den Haaren kratzen bei Gesunden, das Wiegen der Idioten.

In ähnlicher Weise wie äußere Handlungen, kann auch das Denken zwangsmäßig oder automatisch vor sich gehen, ohne und gegen den Willen des Kranken. Drängt sich gegen den Willen eine Idee immer wieder auf, so haben wir die Zwangsvorstellungen. Daneben aber gibt es ein anderes fast nur bei Schizophrenen, selten einmal in epileptischen Äquivalenten vorkommendes ganz anderes „Zwangsdenken“, in dem „es“ in ihnen denkt, oft, was die Kranken spontan auch denken würden, oft ganz anderes, manchmal ein sich drängendes Durcheinander („Gedankendrängen“ der Schizophrenen). Hier ist also sowohl der Vorgang des Denkens wie der Inhalt desselben dem Willen entzogen.

Die Theorie der automatischen Handlungen ist von unserer Auffassung der psychischen Vorgänge aus leicht zu verstehen. Es fehlt die assoziative Verbindung zwischen dem bewußten Ichkomplex und der Funktion des Handelns. Man kann automatische Handlungen der verschiedenen Arten experimentell in der Hypnose hervorbringen.

Halb automatisch, aber doch in gewissem, ungenügendem Grad dem Willen zugänglich sind die Ticks, nach OPPENHEIM „zum Zwang ausgeartete Reflex-, Abwehr- oder Ausdrucksbewegungen“ (Zähnefletschen, Faustballen, Lidschluß). Sie sind krankhaft, weil sie ohne äußeren Anlaß immer wiederholt werden. Der Patient kann dem Anreiz für kurze Zeit widerstehen, aber nicht auf die Dauer. Die Ticks sind natürlich ganz stereotyp.

Der Anstoß zu einer Handlung, die bald bewußt, bald zwangsmäßig vor sich geht, kann auch von außen kommen, so in der Befehlsautomatie, dem zwangsmäßigen oder auch automatischen Gehorsam gegenüber Aufforderungen zu einfachen Handlungen aller Art. Die Kranken führen beliebige Befehle aus und zwar auch gegen ihren Willen, wie die Zunge herausstrecken, wenn sie wissen, daß man hineinstechen will (Schizophrenie). Der Anreiz zu einer solchen Handlung kann auch bloß durch das Beispiel gegeben werden, Echopraxie und Echolalie. Obgleich dieses Symptom so große Verwandtschaft mit der Befehlsautomatie hat, daß KRAEPELIN es dazu rechnet, habe ich die beiden Eigentümlichkeiten nie in paralleler Ausbildung gesehen. Die echopraktischen Kranken machen nach, was ihnen an den Handlungen oder Worten der Umgebung auffällt. Es handelt sich, soweit wir wissen, teils um hysteriforme Mechanismen (bei der Echopraxie Primitiver[1]), und gewiß meistens bei Schizophrenen), teils um eine Unfähigkeit, von einer aufgefaßten Idee loszukommen, so daß statt einer Antwort die Frage gesprochen, statt einer anderen Handlung das Geschehene nachgemacht wird (organische Echolalien und Echopraxien). Im letzteren Falle

[1]) Bei Malayen ist zwangsmäßiges Nachmachen von einfacheren Handlungen als Latah, bei sibirischen Völkern als Miryachit beschrieben

wollen die Kranken meist etwas ganz anderes sagen oder tun, aber der Impuls geht in eine falsche Bahn. Bei den hysteriformen resp. schizophrenen Echopraxien „will" die Person nicht etwas anderes, es handelt sich nicht um eine Entgleisung eines richtig gewollten Impulses, sondern um eine Beeinflussung des bewußten oder unbewußten Wollens selbst.

Zur Befehlsautomatie gehört nach KRAEPELIN auch die Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), auch Katalepsie schlechtweg genannt: Die Kranken machen von sich aus keine Bewegungen; wenn man sie aber in eine beliebige, wenn auch noch so unbequeme Stellung bringt, so behalten sie dieselbe sehr lange bei. Dabei können Glieder längere Zeit ausgestreckt erhalten werden als von Gesunden willkürlich; meist sinken sie nach und nach zurück, ohne zu zittern und ohne daß man dem Patienten irgendeine Anstrengung ansehen könnte. Der passiven Bewegung der Glieder wird von den einen Kranken ein gewisser Widerstand entgegengesetzt, wie wenn man eine Wachsstatue modeln müßte. Die meisten aber bewegen ihre Glieder bei leichtem Anstoß, indem sie erraten, was man von ihnen will.

Viel häufiger findet man bei Kranken, die sich anscheinend normal bewegen, daß z. B. ein Arm, den man etwas brüsk in die Höhe hebt, lange oben bleibt (Pseudoflexibilitas).

Die schizophrene und hysterische Katalepsie ist psychisch in hohem Grade beeinflußbar, also vielleicht ein bloß psychisches Symptom; doch läßt sich nicht ausschließen, daß ihr eine periphere Neigung zu tonischen Muskelstörungen zugrunde liegt (die anderen Formen sind zu wenig bekannt).

Neben der biegsamen gibt es auch eine starre Katalepsie: Kranke mit Stereotypie der Haltung müssen natürlich die entsprechenden Muskeln in beständigem Tonus halten und setzen oft auch jeder passiven Änderung derselben einen energischen Widerstand entgegen, wie ein Bild aus Holz.

Das scheinbare Gegenteil der Befehlsautomatie ist der Negativismus, der aber häufig neben befehlsautomatischen Symptomen vorkommt. Negativistische Kranke wollen gerade das nicht tun, was man von ihnen verlangt oder erwartet (passiver Negativismus), oder sie tun das Gegenteil (aktiver Negativismus), so daß es in ausgesprochenen Fällen möglich ist, sie dadurch zu dirigieren, daß man das Gegenteil des Gewünschten von ihnen verlangt. Negativismus ist oft, aber nicht immer, mit einer gereizten Beantwortung aller Einflüsse von außen, also mit Neigung zu Zorn und Wut verbunden. Nicht selten äußert sich der Negativismus so, daß die Kranken den Ansatz zu einer Handlung machen, dann kommt ein Gegenantrieb oder auch eine bloße Sperrung, die sie an der Ausführung hindern. Wahrscheinlich kommen ihnen auch ganz andere Antriebe (Querantriebe) dazwischen. So kann sich der Negativismus auch ihren eigenen Impulsen gegenüber äußern (innerer Negativismus). (Weitere Einzelheiten über Negativismus s. bei Schizophrenie.)

Die zentrifugalen Störungen haben besonders viele Beziehungen zur Schizophrenie, während sie bei den anderen Krankheiten zurücktreten oder bloß als selbstverständliche Folge anderer Störungen erscheinen. Die schizophrenen Krankheitsbilder, bei denen sie in den Vordergrund treten, nennt man Katatonien, die Symptome, die sich hier besonders

oft (in beliebigen Kombinationen) vergesellschaften, heißen **katatone Symptome**. Diese können aber, teils mit anderer Genese, teils in etwas anderer Ausprägung, auch ab und zu bei anderen Krankheiten vorkommen. Katatone Symptome sind die Stereotypien (der Handlung, der Haltung, des Ortes, die Verbigeration), die Manieren, die Befehlsautomatie mit wächserner und starrer Katalepsie, Echokinese und Echolalie, Mutismus (s. u.), Negativismus, impulsiver Raptus, die katatonische Form des Stupors, die Willensstörungen im engeren Sinne.

Im allgemeinen wird der Wille indirekt beeinflußt durch die Störungen der Wahrnehmungen und des Denkens und direkter durch diejenigen der Affekte. Bei der Katatonie gibt es Willensstörungen in einem anderen Sinne. Das, was wir Willen nennen, scheint selbständig in falsche Bahnen zu geraten. Die Patienten können nicht tun, was der bewußte Teil ihres Ichs möchte, sie können nicht wollen, was sie für gut finden; diese Handlungen sind aber nicht automatisch, sondern bewußt (und in gewisser Beziehung auch gewollt — von einem abgespaltenen Teil des Willens). Im speziellen hat man hier folgende Störungen herausgehoben: Hyperkinese und Akinese, Triebhandlungen, Automatismen, Negativismus, die Zwangshandlungen.

Fast allein der Schizophrenie gehören auch die dem Gefühl **inadäquaten Affektäußerungen** an. Was uns außerhalb der Schizophrenie an dem affektiven Gebaren des Patienten auffällt, ist in der Abnormität des Affektes selbst bedingt: übertriebenen Äußerungen liegt ein übertriebener Affekt zugrunde. Bei der Schizophrenie kann man nicht so leicht von außen nach innen schließen: hinter einem tragischen Pathos kann ein ganz geringer oder sogar gar kein Affekt stecken. Zugleich haben die Äußerungen leicht eine falsche Note, die vom naiven Menschen, von ganz kleinen Kindern oft mit sicherem Instinkt herausgefühlt wird. Recht häufig ist ein ganz unmotiviertes Lachen, das gemacht tönt, und dem man anmerkt, daß es nicht der Ausdruck einer wirklichen Lustigkeit ist. Es ist auch leicht zu unterscheiden von dem Lachkrampf der Hysterischen. Bei Läsionen der Thalamusgegend findet man etwa zwangsweises Lachen und Weinen auf beliebige psychische Reize, mit oder namentlich ohne entsprechenden Affekt.

In der **Sprache** drücken sich natürlich inhaltlich die Abnormitäten des Gedankenganges aus. Es ist aber bemerkenswert, daß nicht nur bei Aphasischen, sondern auch bei Schizophrenen der sprachliche Ausdruck ganz unverständlich sein kann (**Sprachverwirrtheit**, „**Wortsalat**"), ohne daß die Gedanken entsprechend konfus würden, wie das geordnete Benehmen und Arbeiten der Kranken zeigt.

Formell drückt sich in der lebhaften Sprache des Manischen seine euphorische Erregung, in der langsamen und leisen des Melancholischen die depressive Hemmung aus, in der lallenden und stammelnden die sensorische und motorische Unbeholfenheit des Idioten, in der schmierenden, silbenstolpernden die Koordinationsstörung des Paralytikers, in der häsitierenden, singenden die Schwerfälligkeit des Epileptikers in Affekt und Gedankengang. Die verschiedenen Dysartrien bei Apoplexie und anderen organischen Störungen im Gehirn gehören nicht direkt zu unserem Gebiet, da sie nicht der Hirnrinde entspringen.

Ein andauerndes Nichtsprechen wird **Mutismus** genannt; es ist verschieden begründet: im Negativismus, in Wahnideen, im halluzina-

torischen Verbot zu sprechen, vor allem aber darin, daß schizophrene Kranke der Umgebung nichts mitzuteilen haben und sich nicht einmal um gestellte Fragen kümmern.

Ganz analoge Störungen zeigt die Schrift. Orthographische und grammatische Fehler, falsche Korrekturen, Verschmierungen zeugen von den psychischen Defekten des Patienten. Imbezille Unbeholfenheit und paralytische Koordinationsstörungen drücken der Schrift ihren leicht erkennbaren Stempel auf und oft ebenso die manische Beweglichkeit und Anregbarkeit und die melancholische Hemmung. Manche schizophrene Schriften enthalten allerlei sonderbare Buchstaben und Schnörkel, orthographische Eigentümlichkeiten, abnorme Linienführung, Mischung mit unverständlichen Zeichen und ähnliches mehr. Der Inhalt der Schriftstücke gibt uns ebenso wichtige Aufschlüsse über das Seelenleben des Patienten wie die sprachlichen Äußerungen, oft sogar wichtigere, da die Kranken beim Schreiben mit sich selber allein sind und sich mehr gehen lassen. Ein geschickt dissimulierender Paranoiker pflegte seine Wahnideen nur dem Papier anzuvertrauen, das in den Abort kam; indem die Frau, die unter seiner Krankheit schwer zu leiden hatte, diese Dokumente trotzdem sorgfältig sammelte, bekam sie das nötige Material für Scheidung und Bevormundung.

C. Die Körpersymptome.

Lähmungen kommen bei den organischen Hirnkrankheiten, namentlich bei den Idiotien, der Paralyse, dem Korsakow vor. Bei letzterem sind es natürlich vorwiegend periphere. Psychische Lähmungen sind seltener und haben hysteriforme Genese, auch wenn sie außerhalb der Hysterie vorkommen. Manche Lähmungen haben Kontrakturen im Gefolge. Außerdem gibt es primäre (hysteriforme) Kontrakturen.

Eigentliche Krämpfe kommen in den epileptiformen, paralytischen, katatonischen und hysterischen Anfällen vor. Die Huntingtonsche Krankheit ist immer von choreatischen Bewegungen begleitet. Bei der gewöhnlichen Chorea steigern sich die psychischen Störungen gelegentlich bis zur Psychose. Die langsamen athetotischen Bewegungen, die sich in der Regel auf ein Glied oder eine Körperhälfte beschränken, sind Herdsymptome bei postencephalitischen Idiotien oder apoplektischer Demenz u. ä. Andere krampfartige Erscheinungen sind Kaubewegungen, Zähneknirschen bei Idioten, Organischen und beim Delirium acutum.

Koordinationsstörungen recht bestimmter Form gehören zum Bilde der Paralyse, schlechte Koordination der Bewegungen überhaupt zu den mittleren und höheren Graden der Oligophrenien.

Sehr häufig begleitet Zittern die Psychosen: feinschlägiges, gleichmäßiges den unkomplizierten chronischen Alkoholismus und manche Fälle von Schizophrenie; grobes verschiedener Art alle organischen Krankheiten inkl. die schweren Formen des Alkoholismus und das Delirium tremens, die Fiebervergiftungen, manche Erschöpfungen. Von organischen Tremorformen ist namentlich oft der bei einfacher Dementia

senilis ganz regelmäßig. Unregelmäßiges Zittern ist oft nur ein Zeichen von Erregung irgendwelcher Art.

Unter den Reflexen haben die von der Haut ausgehenden in der Psychiatrie sozusagen keine Bedeutung. Wichtiger sind die Sehnen- und Knochenreflexe; überall da, wo die Kontrolle durch das Großhirn gestört ist, sind sie gesteigert, also sowohl bei Idiotie wie bei Hysterie, dann bei Dementis praecox, am stärksten natürlich bei organischen Psychosen. Durch Erkrankungen der peripheren Nerven und des Rückenmarks kann die Steigerung bis zum vollen Verschwinden der Reflexe überkompensiert werden (alkoholischer Korsakow, Tabesparalyse).

Manche legen auf die Abwesenheit des Würgreflexes bei der Diagnose der Hysterie Gewicht. Er fehlt auch beim Bromismus.

Die Pupillenreflexe leiden entsprechend den organischen Störungen; ganz gewöhnlich ist die Lichtstarre (Argyll-Robertsonsches Phänomen) bei der Paralyse; sie ist aber auch ein wichtiges Zeichen anderer syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems. Die Katatonie scheint funktionelle, noch unverständliche Pupillenstörungen zu begünstigen.

Die Anästhesien und Analgesien sind bereits erwähnt, ebenso die Hyperästhesien (S. 39). Parästhesien können organischen Grund in Degeneration des zentralen oder peripheren Nervensystems haben oder psychisch bedingt sein. Leise Degenerations- oder Vergiftungsprozesse scheinen bei der Schizophrenie die Körperempfindungen zu alterieren und geben dann Anlaß zu hypochondrischen Wahnideen und zu Auslegungen in Form von Körperhalluzinationen.

Die übrigen Körperfunktionen sind teils durch die psychische Alteration mitbetroffen (Appetitlosigkeit bei Depression), teils organisch durch die Grundkrankheit bedingt (Paralyse), teils sind sie die Ursache der psychischen Alteration (Basedowpsychosen, Athyreoidismus, Amentiafälle). Sehr verschiedene Zusammenhänge haben die Schlafstörungen, die akute Zustände regelmäßig begleiten.

Die Menstruation setzt in akuten Psychosen häufig eine Zeitlang aus; bei chronischen Krankheiten sind wenigstens subjektive Menstruationsstörungen ungemein selten, sobald die Patientinnen sich nicht um den Vorgang kümmern, also namentlich bei der Schizophrenie; Debile, denen solche Dinge umgekehrt eine sehr wichtige Sache sind haben dagegen oft menstruelle Klagen. Geburten verlaufen ausgezeichnet, wenn die Krankheit die Patientinnen verhindert, sich deswegen Sorgen zu machen. Man sieht daraus, daß es wesentlich das Eingreifen der Psyche ist, was beim Kulturmenschen die Geburtsfunktion zu einer so merkwürdig mühsamen macht. Auch Frauen, die bei früheren Geburten regelmäßig Kunsthilfe brauchten, pflegen in der Psychose leicht zu gebären, wenn nicht ganz ernste anatomische Hindernisse da sind. Die Potenz liegt mit der Libido bei manchen Depressionen, beim Morphinismus, bei vielen Schizophrenien darnieder. In erregten Anfangszuständen organischer Psychosen, namentlich bei Paralysen, aber auch bei Senilen, deren Triebe bereits erloschen schienen, sind Potenz und Libido manchmal gesteigert: beim chronischen Alkoholismus nur die Libido, die Potenz ist meistens vermindert.

Auf der Höhe einer Depression versagen die Tränen. Bei der Schizophrenie können alle Sekretionen ganz launenhaft in der verschiedensten Weise gestört sein. Bei Nahrungsenthaltung und natürlich bei

Diabetespsychosen findet sich häufig Azeton im Urin. Der Stoffwechsel wird in unverständlicher Weise, namentlich bei Paralyse und Dementia praecox, hochgradig beeinflußt, indem Schwankungen von extremem Marasmus bis zu starker Fettsucht und umgekehrt nichts Seltenes sind. Bei akuten Krankheiten pflegt das Körpergewicht meist abzunehmen, mit der Rekonvaleszenz zu steigen.

Im übrigen weiß man von Störungen der Verdauuung, des Stoffwechsels und des Blutbildes zwar eine Menge von Einzelheiten, aber noch sehr wenig Konstantes, das genügend verständlich wäre oder zum Verständnis beitrüge. Die Körpertemperatur ist bei den meisten Psychosen ungefähr normal; es kommen aber auch, besonders in der Paralyse, zerebral bedingte Fieberanfälle vor, in der Hysterie psychogen ausgelöste. Subnormale Temperaturen trifft man bisweilen bei marastischen Zuständen, bei Hirnaffektionen, und dann ohne Erklärung bei Schizophrenie.

Herz und Vasomotorius bleiben bei fast keiner Psychose (außer etwa der Paranoia) unbeeinflußt.

Bei Paralyse, vielleicht auch bei senilen Prozessen, und bei der Schizophrenie kommen tabesartige und andere Rarefikationen des Knochengewebes vor. Andere trophische Störungen, wie die Neigung zu Othämatom und zu Dekubitus bei organischen Krankheiten sind verschieden bedingt.

Mit der Aberration der Gehirnanlage, die vielen Geisteskrankheiten zugrunde liegt, ist oft auch die körperliche Entwicklung in falsche Bahnen geraten. Ein großer Teil der Kranken trägt viele Mißbildungen oder doch mehr als der Durchschnitt der geistig Gesunden mit sich herum von subnormaler Körpergröße, Schädelverbildung, schlechter Form der Ohren, des Gaumens, unregelmäßiger Zahnstellung, ungenügender Zahnentwicklung bis zur abnormen Länge des Wurmfortsatzes. Man hat eine Zeitlang auf diese „Degenerationszeichen" ein großes Gewicht gelegt; beim einzelnen ist aber weder aus ihrem Vorhandensein, noch aus ihrem Fehlen ein Schluß auf die Psyche erlaubt. Dagegen häufen sie sich im großen und ganzen bei Oligophrenen, dann bei Epileptikern und Verbrechern, am wenigsten bei den anderen Geisteskranken. Die manchmal als „Degenerationspsychosen" bezeichneten Krankheiten Paranoia und manisch-depressives Irresein finden sich gerade häufig bei körperlich gut entwickelten Menschen.

D. Die Erscheinungsformen der Geisteskrankheiten.

Eine Psychose ist meist ein kompliziertes Gebilde, das sich nicht nur von Patient zu Patient, sondern beim nämlichen Kranken zu verschiedenen Zeiten in sehr verschiedener Weise äußern kann. Die Erscheinungsformen hat man früher für die eigentlichen Krankheiten gehalten[1]), und auch jetzt noch hat es einen praktischen Wert, sie als Zustandsbilder und als Syndrome herauszuheben.

[1]) Es ist das Verdienst KAHLBAUMS, bewußt und scharf zwischen „Zuständen" und „Krankheiten" unterschieden zu haben, wenn auch zu seiner Zeit der Stand der Wissenschaft noch nicht erlaubte, natürliche Krankheitsbilder genauer zu umschreiben.

Zustandsbilder.

Der manische Zustand: Von seiten der Affektivität gehobene, stark labile, namentlich leicht in Zorn umschlagende Stimmung; im Denken Ideenflucht; zentrifugal Tätigkeitsdrang; akzessorisch nicht selten Überschätzungs- und Größenideen.

Der Ausdruck „Manie" bedeutet jetzt meist den manischen Zustand des manisch-depressiven Irreseins. In romanisch und englisch sprechenden Ländern bezeichnet er noch vielfach beliebige Aufregungen, namentlich wenn sie sich motorisch äußern.

In ähnlichem Sinne wie „Manie" wurde bis vor kurzem der Ausdruck „Tobsucht" gebraucht, dessen Bedeutung eine Zeitlang auf den manischen Zustand eingeengt worden war. Doch ist das Wort natürlich oft im buchstäblichen Sinne mißverstanden worden.

Wenn die euphorische Erregung einen kraftlosen läppischen Eindruck macht, so sprechen manche noch von Moria. Deutliche Ideenflucht braucht dabei nicht vorhanden zu sein. Moria kommt namentlich vor beim Abklingen manischer Anfälle und bei Herden im Frontalhirn. Natürlich haben gehobene Verstimmungen bei Verblödungspsychosen irgendwelcher Art oft auch ein ähnliches Aussehen.

Die Depression (melancholischer Zustand) mit schmerzlicher Betonung aller Erlebnisse, Hemmung des Denkens und der Zentrifugalität. Als akzessorische Symptome Kleinheitswahn.

Der Ausdruck „Melancholie" bedeutete längere Zeit die von Kraepelin besonders herausgehobene Form der Melancholie des Rückbildungsalters und wird jetzt von denen, die beide Krankheitsbilder in eines verschmolzen haben, auch für die Depression des manisch-depressiven Irreseins gebraucht.

Das manische und melancholische (= depressive) Zustandsbild sehen wir nahezu rein in den meisten Fällen des manisch-depressiven Irreseins, dann akzidentiell mehr oder weniger häufig bei den meisten anderen Geisteskrankheiten.

Wahnsinn: Akute Zustände, in denen Wahnideen und Halluzinationen oder auch nur eines der beiden Symptome das Bild so stark beherrschen, daß der Patient die Haltung, oft auch die Orientierung verliert.

Auf chronische Zustände wird der Ausdruck jetzt selten mehr angewendet. Wenn sich eine deutliche Affektschwankung damit verbindet oder, was meist damit identisch ist, wenn es sich um einen Auftritt des manisch-depressiven Irreseins handelt, so spricht man auch von manischem oder melancholischem Wahnsinn.

Was man eine Zeitlang Wahnsinn nannte, waren meist halluzinatorische Aufregungen der Schizophrenie. Wir benutzen den Namen nur noch für die sonst nicht zu bezeichnenden Formen manisch-depressiver Auftritte, bei denen Halluzinationen und Wahnideen den Grundkomplex mehr oder weniger verdecken, und zuweilen für ähnliche schizophrene Bilder.

Meynert hatte einmal geglaubt, unter diesem Namen eine besondere Krankheit beschrieben zu haben. Er ersetzte ihn später durch den der Amentia (siehe das Krankheitsbild in der speziellen Psychiatrie).

Vieldeutig ist der Name der Verwirrtheit; er bezeichnet zunächst die S. 60 beschriebenen Denkstörungen, die keine Grenze haben gegen Inkohärenz und Dissoziation. Man benennt aber auch kompliziertere Zustände sehr verschiedenen Ursprungs so, sie bald als Syndrome, bald als Zustandsbilder, bald als Krankheiten auffassend. Nach Ziehen wäre Verwirrtheit ein Symptomenkomplex, bestehend aus Unorientiertheit, Inkohärenz des Vorstellungsablaufes und motorischer Inkohärenz. Die

als Verwirrtheit bezeichneten „Krankheiten" entsprachen ungefähr der neueren Amentia mittleren Umfanges. Hier brauchen wir den Ausdruck nur für die oben genannten Denkstörungen.

„Halluzinatorische Verwirrtheit" ist symptomatologisch ungefähr das Gleiche wie die weitere Amentia; was also jetzt noch so genannt wird, gehört fast alles teils unserer Amentia, teils der Schizophrenie an.

Amentia und Verwirrtheit haben keine Grenzen gegen die Dämmerzustände (S. 83) und die Delirien (S. 82), Begriffe, die wir noch nicht ganz entbehren können.

Delirium acutum ist jetzt eine seltene, offenbar auf verschiedenen Infektionen beruhende Hirnkrankheit mit Delirien, krampfartigen Erscheinungen und meist raschem Ausgang in Tod.

Halluzinose ist WERNICKEs Bezeichnung für akute halluzinatorische Zustände, bei denen zum Unterschied von den Delirien und dem größeren Teil der Dämmerzustände die Orientierung und teilweise die Besonnenheit erhalten bleibt (Alkoholhalluzinose = halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker).

Traumzustand ist nicht viel anderes als ein anderer Name für Dämmerzustände.

Transitorische Psychosen[1]) sind plötzlich beginnende und verschwindende Auftritte mit Bewußtseinsstörungen von kurzer Dauer. Sie kommen bei den verschiedensten Psychopathien vor (MAGNANs bouffées délirantes) mit oder ohne affektiven oder auch toxischen Anlaß, dann auch bei latenten und manifesten eigentlichen Psychosen, besonders Schizophrenie und Epilepsie. Viele subsummieren sich unter den Begriff der Dämmerzustände. Sie werden etwa die Ursache von Verbrechen.

Stupor (S. 102) ist ein Zustand verschiedener Genese, der namentlich bei Schizophrenie, dann bei Hysterie, Epilepsie und auch bei Autintoxikationen u. dgl., selten beim manisch-depressiven Irresein vorkommt. (Emotionsstupor ist ein Syndrom auf verschiedenen Zuständen, besonders den verschiedenen Arten von „Nervosität" im weitesten Sinne und den Oligophrenien.)

Stuporformen mit ziemlich vollständiger Bewegungslosigkeit werden als Attonität bezeichnet[2]) (S. 103). Sie ist gewöhnlich ein katatonischer Zustand; man hat aber auch eine Melancholie attonita herausgehoben; ob diese existiert, d. h. ob die Hemmung bloß depressiver Zustände sich bis zu einer andauernden Bewegungslosigkeit steigern kann, ist fraglich.

Unter Benommenheit verstehen wir verschiedene Zustände eingeengten, unklaren, langsam ablaufenden Denkens, bei denen Reizsymptome fehlen oder doch zurücktreten: im Halbschlaf, im Fieber, bei Epilepsie, Schizophrenie, Organischen aller Arten. Ein Teil dieser Bilder kann natürlich ebensowohl Stupor genannt werden.

Das Zustandsbild der Hypochondrie besteht in beständiger Aufmerksamkeit auf den eigenen Gesundheitszustand mit der Neigung, aus unbedeutenden Zeichen oder auch ohne solche, sich eine Krankheit zu-

[1]) Früher in ihren aufgeregten Formen auch transitorische Manien genannt.
[2]) Nach ZIEHEN u. a. gehört zur Attonität eine gewisse Spannung der Muskulatur.

zuschreiben. Es kommt bei Dementia praecox, bei depressiven und neurasthenischen Zuständen und bei Psychopathien aller Art vor. Eine Krankheit Hypochondrie kennen wir nicht mehr.

Die Katatonie als solche ist eine Erscheinungsform der Schizophrenie. Doch kommen katatone Symptome auch bei organischen Geisteskrankheiten und bei der Epilepsie vor.

Paranoide Symptome nennt man Halluzinationen und Wahnideen, wenn sie bei Besonnenheit und ohne (primäre) Affektschwankungen auftreten.

„Akute (halluzinatorische) Paranoia" war bei ZIEHEN u. a. ein Krankheitsbegriff. Die Mehrzahl der so genannten Zustände gehört bei uns zu den akuten Auftritten der Schizophrenie.

Religiöser Wahnsinn, mania religiosa, ist irgendeine Geisteskrankheit mit religiösen Wahnvorstellungen, also meist eine Dementia praecox. Doch wird auch jetzt noch etwa eine Melancholie mit ausgesprochenem Versündigungswahn so bezeichnet.

Die Demenz (Blödsinn, Schwachsinn) ist kein einheitlicher Zustand. Es handelt sich hier um einen rein praktischen Begriff. Wer aus intellektueller Unterleistung im Leben versagt, ist dement. Im wissenschaftlichen Sinne gibt es keine einheitliche, sondern nur eine oligophrene, schizophrene, epileptische, organische Demenz, d. h. Formen, die in ihrem ganzen Wesen voneinander höchst verschieden sind. Die Diagnose „Demenz" ist wissenschaftlich niemals genügend, sondern nur die einer bestimmten Art Demenz.

Als Psychopathien bezeichnen wir die Masse psychischer Abweichungen vom Normalen, die noch nirgends eingereiht ist und sich hauptsächlich im Grenzgebiet zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt. Manche glauben einen scharfen Begriff mit dem Ausdruck zu verbinden, täuschen sich aber sicherlich.

Degeneration (s. S. 140). „Degenerierte" sind meist ungefähr das Nämliche wie Psychopathen, Leute, die intellektuell und namentlich affektiv anders reagieren wie der Durchschnitt. „Dégénérés supérieurs" sind Psychopathen, die in irgendeiner Richtung über dem Durchschnitt stehen und sich im Leben halten können. Auch mit Recht berühmte Männer gehören dazu.

Einige ätiologische Bezeichnungen s. am Ende des Kapitels über die Ursachen.

Syndrome.

Ein etwas anderer Begriff als die Zustandsbilder sind die Syndrome, d. h. Komplexe von Symptomen, die genetisch zusammengehören. Ein Teil der Zustandsbilder wie die manisch-depressiven, eventuell mit ihren entsprechenden Wahnideen, sind zugleich solche Syndrome. Man spricht ferner mit einem gewissen Recht vom Korsakowschen Syndrom, worunter man, in etwas einseitiger Hervorhebung der Gedächtnisstörung und ungenügender Berücksichtigung der anderen Momente, das versteht, was wir den „organischen Symptomenkomplex" nennen, d. h. die Summe der psychischen Grundsymptome eines diffusen Rindenschwundes.

Die katathyme Wahnbildung, d. h. Wahnbildung bei sonstiger Besonnenheit infolge eines bestimmten „Komplexes", resp. eines besonderen Erlebnisses, ist für sich ein Syndrom. Sie allein oder in Verbin-

dung mit Halluzinationen bildet das paranoide Syndrom, das zu unterscheiden ist von der paranoiden Konstitution, die leicht die Handlungen anderer auf sich bezieht oder im Sinne einer bestimmten Einstellung (Mißtrauen, Verfolgung, Größe) auslegt, ohne daß es bis zur klaren Ausbildung eines eigentlichen Wahnes kommt. Der hysterische und der neurasthenische Symptomenkomplex, die Zwangssymptome, die Angstpsychose und Angstneurose, dann die Schreckneurose, die Erwartungsneurose und die Dämmerzustände sind auch hier zu nennen, da sie durch bestimmte Mechanismen auf verschiedenen Basen (Psychopathie, Hysterie, Epilepsie) hervorgebracht werden. Unter den Dämmerzuständen sind einige Typen herauszuheben, die sich ihrer (psychischen) Genese nach nicht schlecht abgrenzen lassen: das GANSERsche Syndrom, das eine „Geisteskrankheit" in Form von „Verkehrt"denken und -handeln markiert; im Faxensyndrom wird der „Narr" im vulgären Sinne gespielt[1]), im Puerilismus[2]) das Kindischsein; die Pseudodemenz ist ein künstliches „Nichtswissen". Außerdem werden Wünsche nicht nur *durch* die Dämmerzustände, sondern auch halluzinatorisch *in* den Dämmerzuständen erfüllt, indem die Kranken sich in die gewünschte Situation hineinträumen. Der Wunsch, geisteskrank und unzurechnungsfähig zu erscheinen, wird *durch* den Ganserschen Zustand erfüllt, der eine Geisteskrankheit *ist*, derjenige, unschuldig oder begnadigt zu sein, wird *in* dem Haftdelirium erfüllt, das die Unschuld oder die Begnadigung *vortäuscht*. Das Maximum der Wunscherfüllung leisten die Ekstasen (S. 83). Diese Syndrome werden auch Zweckpsychosen genannt.

Unter den Dämmerungen verdienen die Wanderzustände (Poriomanie, Fugues) besonders herausgehoben zu werden: ganz planloses oder von einer einzigen unklaren und unkontrollierten Idee beherrschtes Fortlaufen, bald einfach motorisch, ohne andere Berücksichtigung der Außenwelt als zum Laufen notwendig ist, bald äußerlich unauffällig, scheinbar geordnet mit richtiger Benutzung der Verkehrsmittel und mit der Möglichkeit, mit anderen Leuten sich zu unterhalten, bald in einer Art, die zwischen diese beiden Extreme einzureihen ist. Die leichteren Formen sind mehr psychogen und können deshalb überall vorkommen, auch bei Hysterischen und bloßen Psychopathen, namentlich Jugendlichen, bei einem aufregenden Erlebnis, einer Versuchung, einer unerträglichen Situation. Die schwereren Formen gehören meist der Epilepsie an, die mittleren zu einem großen Teil der Schizophrenie.

Die Querulanz wird erzeugt durch gehobenes Selbstgefühl bei Aktivität und Mangel an Verständnis für die Rechte anderer (bei Schizophrenie, Paranoia, lange dauernden manischen Verstimmungen, Unfallneurose, Haft). Die Haft löst, abgesehen von den affektiven Wutausbrüchen (Zuchthausknall) Zustände aus, in denen der Kranke sich einerseits begnadigt, freigesprochen oder unschuldig, anderseits aber von der Umgebung verfolgt wähnt. Die Syndrome, die durch eine bestimmte Situation ausgelöst werden (Haftpsychosen, Ganser usw., transitorische

---

[1]) Wie bei mutwilligen Kindern können die Faxen bei der Schizophrenie ausnahmsweise einmal ein Mittel sein, um die Verlegenheit zu verdecken.

[2]) Nicht zu verwechseln mit Infantilismus, einem Stehenbleiben auf kindlicher Stufe in psychischer oder körperlicher Beziehung.

Affektpsychosen, eventuell auch Querulanz usw.) faßt man auch unter dem Namen der Situationspsychosen zusammen.

Weitere Syndrome sind die „Anfälle", epileptiforme im engeren Sinne mit petit mal, Jacksonsche, paralytische, katatonische.

Durch die Syndrome wollte Hoche die noch zu sehr schwankenden Krankheitsbilder ersetzen, indem man sich mit der Diagnose derselben begnügen sollte. Aber auch die Syndromenlehre ist noch durchaus unfertig, und das nämliche Syndrom hat ganz verschiedene Bedeutung für die Therapie und überhaupt für die Praxis, je nachdem es bei einer Hysterie oder Epilepsie oder Schizophrenie vorkommt; außerdem wissen wir jetzt doch viel zu viel von den „Krankheiten" im gewöhnlichen Sinne, als daß wir ohne schweren wissenschaftlichen Verlust auf diese Vorstellungen verzichten könnten.

E. Der Verlauf der Geisteskrankheiten.

Über den Verlauf der Geisteskrankheiten läßt sich wenig Allgemeines sagen. Die angeborenen Geisteskrankheiten haben nur insofern einen „Verlauf", als sie bisweilen akute Syndrome zeitigen oder einmal weiter schreiten, z. B. in der Pubertät, oder sich mit einer neuen Krankheit kombinieren (Epilepsie, Schizophrenie, Alkoholismus, Hirnatrophie).

Bei erworbenen Psychosen spricht man häufig von Prodromen, die aber hier wie meistens nichts anderes sind als so leichte Krankheitssymptome, daß man noch keine Diagnose daraus machen kann. Die häufigsten derselben sind: Depression, Exaltation, Verschrobenheiten, nervöse Symptome oder Änderungen des Charakters, wobei die Neueinstellung dem Charakter manches Gesunden gleichen kann, also an sich gar nicht als krankhaft zu erscheinen braucht; natürlich können auch alle die eigentlichen Zeichen der Geisteskrankheiten in geringerer Ausprägung die Bedeutung von Prodromen haben.

Der „Beginn der eigentlichen Krankheit" ist meistens ein schleichender, wenn man nicht, wie früher viel geschah und jetzt bei den Auftritten des manisch-depressiven Irreseins noch vorkommt, akute Episoden auf chronischen Bildern als „die" Krankheit bezeichnen will. Immerhin sind gewisse Delirien, hysterische Dämmerzustände und ähnliches im eigentlichen Sinne akut.

Auch der ganze Verlauf ist meistens ein chronischer, sogar im Sinne der Psychiatrie, die auch jahrelange Depressionen als akute Krankheiten bezeichnet, wenn sie sich wieder ausgleichen. „Akut" hat hier ungefähr den Begriff des Vorübergehenden bekommen, „chronisch" den des Unheilbaren. Bei organischen Psychosen, die nach Jahr und Tag mit dem Tode ausgehen, vermeidet man meistens die Scheidung in akut und chronisch, soweit es die Krankheit betrifft.

Innerhalb des Verlaufes können akute Schübe, akute Auftritte, Exazerbationen und Remissionen vorkommen. Schübe sind rasch eintretende Verschlimmerungen der Krankheit; handelt es sich um eine Prozeßpsychose, so setzt man dabei gewöhnlich einen zeitweilig rascheren Ablauf des Prozesses voraus. Im Begriff der Schübe liegt gewöhnlich, daß sich die gesetzte Verschlimmerung nicht mehr ganz ausgleiche. Oft sind sie verbunden mit irgendwelcher Form von Aufregungen und anderen akzessorischen Symptomen, die sich unbeschadet der gesetzten Dauerschädigung wieder zurückbilden können. Die Para-

lyse, die Schizophrenie, werden meistens erst in einem solchen Schube als Krankheiten erkannt, nachdem sie schon lange vorher schleichend den Patienten umgebildet hatten. Bei der Dementia praecox nehmen viele dieser Schübe die Gestalt von schizophrenen Manien, Melancholien, von Katatonien und anderen früher als besondere Psychosen aufgefaßten Syndromen an. Exazerbationen sind Verschlimmerungen im allgemeinen, namentlich solche, die sich wieder ausgleichen. Unter ihnen gibt es viele psychisch bedingte Aufregungen eventuell Dämmerzustände (z. B. bei der Schizophrenie), die mit dem Prozeß der Krankheit nicht direkt zusammenhängen, sondern nur vorübergehende Reaktionen der kranken Psyche auf gewisse Reize sind. Sie bilden sich natürlich meist restlos zurück. Nicht mit dem Namen Exazerbationen bezeichnet man gewöhnlich die akuten Anfälle, die zum Krankheitsbilde gehören, die Verstimmungen und Dämmerzustände der Epilepsie oder die Manien und Melancholien des manisch-depressiven Irreseins. Alle die angeführten vorübergehenden Zustände chronischer Krankheiten zusammen mag man als akute Auftritte bezeichnen. Zwischen den Verschlimmerungen gibt es Remissionen; ob man bei Formen wie dem manisch-depressiven Irresein auch Intermissionen annehmen will, ist Sache der Auffassung. Wir bezeichnen mit KRAEPELIN, MAGNAN u. a. den ganzen manisch-depressiven Dauerzustand als die Krankheit und die akuten Auftritte als die hervorstechendsten ihrer Manifestationen. Affektive akute Auftritte können auch in regelmäßiger Folge miteinander abwechseln, so daß Manie auf Melancholie und auf diese wieder Manie usw. folgt. eventuell mit gesunden Zwischenzeiten nach der Manie oder nach der Melancholie oder nach beidem. Solche Gestaltungen nennt man zirkuläre oder zyklische Formen. Sie kommen außer beim manisch-depressiven Irresein hie und da bei der Schizophrenie und noch seltener bei der Paralyse vor.

Wie viel Geisteskranke geheilt werden, hängt in den Anstaltsstatistiken sehr viel von der Qualität der Aufnahmen ab, sonst in erster Linie von der Auffassung des Arztes. Ob man eine sozial vollständig leistungsfähige Schizophrenie, bei der nur eine genaue Untersuchung einige Reste der Krankheit nachweisen könnte, als geheilt betrachten will oder nicht, ist Geschmackssache. Ich täte es, besonders im Hinblick auf die meist später eintretenden neuen Verschlimmerungen, lieber nicht, obschon ich weiß, daß die Krankheit auch „definitiv stillstehen" kann. Das Delirium tremens, das in den Krankheitsstatistiken oft einen großen Prozentsatz der Heilungen liefert, ist allerdings beim Austritt in der Regel ganz vorüber, nicht aber der ihm zugrunde liegende Alkoholismus; d. h. die Krankheit ist geheilt, nicht aber der Patient. Bei Dementia praecox treten noch „Heilungen" nach vielen Jahren ein, nachdem man den Kranken längst aufgegeben hat, teils ohne sichtbare Ursache, teils infolge einer fieberhaften Krankheit oder einer Versetzung u. ä.

Man spricht auch etwa von Heilung mit Defekt, indem man sich die nur für wenige Fälle zutreffende Vorstellung macht, daß die akute Krankheit einen Defekt gesetzt habe, wie eine geheilte Verwundung eine Narbe. Eine „psychische Narbe" kann durch bestimmte „Residualsymptome" gebildet werden, z. B. eine Wahnidee, die trotz eingetretener Besonnenheit nach einem Delir nicht mehr korrigiert werden kann. Ist die psychische Narbe eine so schwere und vielgestal-

tige, daß man sie als eigene Krankheit auffassen kann, so nannte man früher das Krankheitsbild ein sekundäres, zum Unterschied von der primären Krankheit, die es gesetzt hatte („sekundärer Blödsinn“; „sekundäre Verrücktheit“). Der Begriff muß jetzt aufgegeben werden, da es sich in solchen Fällen fast immer um Dementia praecox handelte, die ihre Natur nicht ändert.

Man kannte früher auch einen „typischen“ Verlauf der Geisteskrankheiten, in der Reihenfolge von Depression, Erregung, Verwirrtheit, Demenz; und jetzt noch halten manche daran fest, daß ein Depressionsstadium in der Regel dem Eintritt der Krankheit vorausgehe. Das ist eine Täuschung, wenn auch selbstverständlich die durch die einsetzende Krankheit entstehenden Schwierigkeiten oft als ganz natürliche und an sich nicht krankhafte Reaktion depressive Gemütsschwankungen hervorzubringen geneigt sind.

Fast alle organischen Geisteskrankheiten und einzelne schwere Fälle anderer Formen, z. B. von Katatonie, gehen in *Tod* aus. Von den übrigen wird ein Teil indirekt tödlich durch Selbstmord, unhygienisches Verhalten, Nahrungsverweigerung, Erschöpfung bei Unruhe und Schlaflosigkeit, Verletzungen, Infektion.

Bei der Prognose haben wir zu unterscheiden die „Richtungsprognose“, und bei chronischen Krankheiten außerdem die „Streckenprognose“. Organische Geisteskrankheiten verlaufen in der Richtung einer bestimmten Demenz und zum Tode, die epileptischen und schizophrenen in der Richtung anderer Arten Demenz und gewöhnlich nicht zum Tode. Innerhalb der Schizophrenie gibt es wieder verschiedene Richtungen (Paranoid, katatonische Verblödung usw.), die in der Prognose berücksichtigt werden müssen. Nicht weniger wichtig ist oft die Streckenprognose, d. h. die Voraussage, wie weit die Krankheit innert absehbarer Zeit fortschreiten werde: Kann man bald einen Stillstand oder eine gewisse Rückbildung erwarten? Wird der Kranke durch Verblödung bald sozial unfähig? Oder wird er sich trotz der Krankheit noch halten können? Und unter welchen Umständen? Bei Dementia praecox, Epilepsie und schwereren Formen des manisch-depressiven Irreseins werden diese Fragen oft zu stellen sein, und manchmal ist ihre Beantwortung mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit möglich.

F. Die Grenzen des Irreseins.

Nirgends wird die Frage: krank oder nichtkrank so oft, in so unerbittlicher Form und mit so schweren Konsequenzen gestellt wie bei der Beurteilung der Geisteszustände. Es ist aber eine falsch gestellte Frage. Es gibt ja keine Grenzen des Irreseins, so wenig als einer anderen Krankheit. Bei jedem Menschen setzt sich gelegentlich ein Tuberkelbazillus fest; der eine oder andere der Mikroben wird sich sogar ein- oder zweimal teilen. Wie viele Bakterien müssen nun da sein, wie viel Lungengewebe muß zugrunde gegangen sein, bis man den Menschen tuberkelkrank nennen soll? Oder von welchem Grad der Empfänglichkeit an ist die „Anlage zur Tuberkulose“ krankhaft? Es wird niemand eine solche Frage beantworten wollen. Noch widersinniger ist aber die Frage nach gesund und krank da, wo es sich nicht um etwas Hinzugekommenes, sondern um eine einfache Abweichung vom Nor-

nalen handelt. Wo ist die Grenze zwischen gesunder Dummheit und krankhaftem Schwachsinn? wo die zwischen normaler und übernormaler Körpergröße? Aber an den Psychiater stellt das Volk und die Jurisprudenz alltäglich solche Ansprüche.

In einem Tale ohne flache Sohle gibt es eine große Ortschaft, bestehend aus zerstreuten Häusern, die vom Fluß bis zum Bergrücken hinaufgehen. Ein reicher Mann hatte daselbst eine Winterwohnung im Tale und eine Sommerwohnung auf dem Berge. Mit den Leuten im Tale kam er nicht aus; sie hatten sein Land durch Straßenzüge, die gegen seine Interessen waren, geschädigt, übertriebene Beiträge an die Straßen verlangt und vieles ähnliche. Auf dem Berge hatte er gute Nachbarschaft. Er vermachte sein Vermögen „den Leuten auf dem Berge“ zur Unterstützung Bedürftiger, zu einer Wasserversorgung usw. Nach seinem Tode entstand ein Prozeß, weil viele bis weit hinunter am Abhang Wohnende an dem Vermächtnis Anteil haben wollten. Der Richter wählte einen Geologen zum Experten und stellte ihm die Fragen: Wo ist die Grenze zwischen Berg und Tal? Welche Häuser sind dem Tal und welche dem Berg zuzurechnen? Der Experte entledigte sich seiner Aufgabe, aber so, daß er nicht allein die Hilfsmittel seiner Wissenschaft zu Rate zog; um eine künstliche Grenze zu schaffen, untersuchte er auch, wie weit hinauf das Talgrundstück, wie weit hinunter das Berggrundstück des Erblassers ging, wie weit hinauf Leute wohnten, mit denen sich dieser verzankt hatte usw. So wurde schließlich jedes Haus den Erbberechtigten oder den Nichterbberechtigten zugeteilt. Aber die nicht Bedachten rabulierten und ließen durch ihre Advokaten beweisen, eine wie trügerische Wissenschaft die Geologie und wie leichtfertig im Speziellen der Experte sei, da er nicht einmal die Grenze zwischen Berg und Tal so bestimmt habe, daß alle Leute zufriedengestellt würden.

Daß man dem Psychiater immer wieder Beantwortung solcher widersinnigen Fragen zumutet, das liegt in den Konsequenzen. Man will eigentlich gar nicht wissen, ob jemand gesund oder krank sei, sondern man will wissen, ob man ihn ernst nehmen soll, ob man ihn in die Irrenanstalt einsperren müsse, ob er zurechnungs- und handlungsfähig sei u. dgl., und das will man aus der Feststellung „krank oder nichtkrank?“ schließen. Dieses Schlußverfahren ist aber an sich ein falsches, nicht nur weil man in einer ganz breiten Zone die Begriffe gesund und krank überhaupt nicht anwenden kann, sondern auch darum, weil es Kranke gibt, die nicht eingesperrt werden müssen, die gute Ideen haben können, die nicht handlungsunfähig, nicht unzurechnungsfähig sind. Man kann heutzutage die Schizophrenie, die Paralyse oft diagnostizieren, bevor man solche sozialen Konsequenzen aus der Feststellung ziehen möchte, und mit der Verfeinerung unserer diagnostischen Hilfsmittel wird es immer mehr solcher Fälle geben. Umgekehrt kann unter bestimmten Umständen ein Psychopath, der nicht geisteskrank ist, für einen bestimmten Moment die Überlegungsfähigkeit so eingebüßt haben, daß er weder zurechnungs- noch handlungsfähig ist. Und innerhalb der Grenzzone wird man oft nach äußeren Umständen entscheiden müssen, indem der gleiche Grad von Schwachsinn, der einem Tagelöhner gar nichts schadet, denjenigen, der ein großes Geschäft geerbt hat, handlungsunfähig macht (vgl. den forensischen Anhang).

Wir werden also die Ausdrücke gesund und krank nur in den klar ausgesprochenen Fällen und im übrigen, soweit wir dazu gezwungen sind, brauchen. Dabei werden wir bei den Aberrationen wie Debilität, Psychopathie etwa die unter gegebenen Umständen notwendige Leistungsfähigkeit des Kranken als Kriterium zur Bestimmung der Grenze nehmen; sobald aber eine erworbene Krankheit sicher, wenn auch nur in wenigen und relativ leichten Symptomen nachgewiesen ist, werden wir von „Krankheit im medizinischen Sinne" reden und dann aber erst die Frage zu stellen haben, ob und welche Konsequenzen aus diesem Befund unter Berücksichtigung aller Umstände zu ziehen sind.

Eine Frage, die die Herzen vieler Leute bewegt, ist die, ob das Genie Krankheit sei oder nicht. LOMBROSO hat es behauptet, andere haben es mit Entrüstung abgelehnt. Nun wissen wir auch hier noch nicht alles, was wir gerne wissen möchten. Aber es wird sich ungefähr folgendermaßen verhalten: 1. Das Genie ist eine Aberration wie eine andere; daß es viel weniger häufig ist als unerwünschte Abweichungen, ist selbstverständlich; denn wenige Defekte in der Anlage können einen Menschen unbrauchbar machen; zum Genie wird einer nur, wenn eine ganze Anzahl von Eigenschaften zugleich besonders hoch ausgebildet ist. Das Genie kann deswegen ebensowenig samenecht sein, wie eine besonders feine Pfirsichsorte, die der Gärtner als einzelne Aberration zufällig gezüchtet hat. 2. Die Neigung zu Aberrationen trifft gewöhnlich den ganzen Organismus. Jedes Haustier und jede Pflanze, die auf eine bestimmte Eigenschaft gezüchtet wird, aberriert auch leichter in anderer Richtung. Die psychisch Abnormen haben (im Durchschnitt) viele körperliche „Degenerationszeichen", die körperlich Abnormen haben (im Durchschnitt) viele geistige Mängel. Bei der genialen Aberration finden wir schon deshalb in der Regel verhältnismäßig häufig auch andere abnorme Eigenschaften, die wir aber meist negativ werten müssen (Empfindlichkeit, Nervosität usw.). 3. Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen Genie und Geistesabnormität: Der Normalphilister ist an die Zustände angepaßt, in die er hineingeboren wurde, und balanciert auch mit den kleinen Schwankungen derselben, ohne viel dabei zu denken und zu spüren. Der Psychopath kann sich nicht so gut oder gar nicht anpassen; er reagiert auf die dadurch entstehenden Schwierigkeiten entweder ausweichend (sei es, daß er sich vor den Anforderungen in die Hysterie oder Neurasthenie flüchtet, sei es, daß er sich im Größen- und Verfolgungswahn eine eingebildete Welt schafft) oder aggressiv durch Versuche, die Außenwelt an seine Bedürfnisse anzupassen, oder durch beides zusammen. Derjenige, der die Außenwelt im Großen oder Kleinen anders haben möchte, ist gezwungen, über sie nachzudenken und Erfindungen, soziale Verbesserungen u. dgl. anzustreben. Ist er zugleich intelligent genug, so kann ihm die Leichtigkeit der Abweichung von den gewohnten Bahnen direkt förderlich sein, etwas Neues zu finden. Oft liegt die Anpassungsunfähigkeit mehr in inneren Schwierigkeiten, indem verschiedene Strebungen sich nicht ausgleichen, sondern zu einem dauernden Zwiespalt im Busen führen. Solche Leute können im autistischen Denken die Gegensätze vereinen oder sich nach außen Befriedigung schaffen; sie werden, wenn sie das übrige Rüstzeug dazu haben, Dichter und Künstler. Es ist deshalb kein Zufall, daß berühmte Männer so oft aus Ehen verschiedenartiger Eltern stammen, deren Tendenzen sich in der Psyche der Nachkommen nicht zu einem einheitlichen Ganzen fügen, sondern zeitlebens nach verschiedenen Richtungen streben. Dichter und Musiker müssen feiner empfinden als andere Leute, eine Eigenschaft, die für die alltäglichen Leistungen des Lebens hindernd ist und oft geradezu die Bedeutung einer Krankheit bekommt.

Manche geistigen Störungen rechnet man aus zufälligen Gründen gewöhnlich nicht zu den Psychosen, wohin sie genau genommen gehören: So die Geisteskrankheiten bei Hirntumoren, Hirnsklerosen und anderen groben Hirnkrankheiten, die man als Nebensymptome betrachtet, ebenso wie meist diejenigen bei Fieberkrankheiten. Medizinisch ist eben die

Grundkrankheit das Maßgebende, und sozial haben diese Störungen namentlich ihrer kurzen Dauer wegen keine Bedeutung, wenn nicht zufällig ein wichtiges Rechtsgeschäft in diese Zeit fällt.

Eine ähnliche Stellung nehmen die sogenannten „Neurosen“ ein. Sie sind in Wirklichkeit psychische Krankheiten. Unter dem Namen der „großen Neurosen“ hat man früher die Hysterie und Epilepsie zusammengefaßt. Die letztere ist nun, so weit es sich nicht um die seltene Affektepilepise handelt, als Hirnkrankheit, die mit geistigen Symptomen verläuft, anerkannt. Die übrigen werden jetzt häufig als „Psychoneurosen“ zusammengefaßt, ein Name, der früher in ganz anderer Bedeutung gebraucht worden war, jetzt aber darauf hinweisen soll, daß es sich um Krankheiten zwar psychischen Ursprungs, aber von der sozialen Bedeutung bloßer Neurosen im bisherigen Sinne handelt. Sie können ja zum großen Teil in offenen Anstalten behandelt werden und beeinträchtigen die Handlungs- und Zurechnungsfähigkeit in viel geringerem Maße als die Geisteskrankheiten. Der Laie betrachtet die Neurotiker als geistig gesund, weil er den Zusammenhang der Symptome mit der Psyche weder in Ursache noch in Wirkung zu sehen vermag, und der Arzt muß sie von den „Psychosen im engeren Sinne“ unterscheiden, weil die Abgrenzung der Geisteskrankheiten für die praktischen Bedürfnisse nach sozialen Gesichtspunkten und nicht nach Logik oder medizinisch-naturwissenschaftlichen Anschauungen geschieht. Die Psychoneurosen werden also von der psychiatrischen Disziplin nur insoweit besprochen, als sie zu schwereren geistigen Störungen führen, oder als es zur Abgrenzung der anderen Psychosen nötig ist. Immerhin gibt es Ausnahmen, und besonders KRAEPELIN ist von diesem Usus stark abgewichen. Es finden sich auch hier einige Notizen über diese Krankheiten, die aber in keiner Richtung Anspruch auf Vollständigkeit machen wollen.

G. Die Einteilung der Geisteskrankheiten.

Man kann die Psychosen unter mancherlei Gesichtspunkten in fruchtbarer Weise betrachten. Zu einer Einteilung in natürliche Krankheitsbilder eignen sich selbstverständlich nur wenige.

Ein Teil der Psychosen erweist sich als krankhafte Reaktion auf ein affektives Erlebnis, ein Zuchthausknall auf die Einsperrung, ein hysterischer Dämmerzustand auf die Absage des Geliebten (reaktive Psychosen). Bei den andern läuft im Gehirn ein Krankheitsprozeß ab, der die Psychose bedingt (Prozeßpsychose, Progressive Psychose)[1]). Man kann aber darauf keine Einteilung fußen, weil die beiden Symptomatologien sich mischen.

Ähnliche Unterschiede bezeichnen die Ausdrücke „organisch“[2]) und „psychogen“. Zu den Organischen sind natürlich auch die toxi-

---

[1]) Genaueres bei JASPERS, Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. XIV, S. 158.

[2]) Das Wort „organisch“ bezeichnet hier einen viel weiteren Begriff als in dem Ausdruck „organische Psychosen“, den ich — um nicht einen neuen Namen machen zu müssen — für die auf diffuser Reduktion der Hirnelemente beruhenden Psychosen gebrauche.

schen Psychosen infolge von Veränderungen des Stoffwechsels, der Hormone, von Infektionen, von Vergiftungen im engeren Sinne zu zählen. Nicht klar ist vielen der Begriff des Psychogenen. Man sagt, auch psychogene Erscheinungen müssen „natürlich" ein anatomisches Substrat haben, ja man hat eine anatomische Veränderung supponiert für Dinge wie eine hysterische Armlähmung. Das ist falsch; eine hysterische Lähmung als solche hat nur Substrate, die an sich nicht pathologisch sind; der hysterischen Disposition aber wird ein anatomisch-chemisch irgendwie anders geartetes Nervensystem zugrunde liegen als der normalen Disposition. In einem Hause sind die Türen und Fenster dazu da, bald geöffnet, bald geschlossen zu sein. Ob sie offen sind oder geschlossen, ist an sich keine Störung des Baues; aber ob sie zu schwer oder zu leicht einschnappen und aufgehen, oder ob ein Schelm da ist, der macht, daß sie zu leicht oder zu schwer gehen, oder sie einschlägt, oder öffnet, wenn sie geschlossen sein sollten, und schließt, wenn sie geöffnet sein sollten, das sind Veränderungen, die den anatomischen zu vergleichen sind, im letzteren Falle natürlich wieder nicht das Geschlossen- oder Offensein, sondern die Anwesenheit des Schelmen.

Man hat einige Gruppen oder gar Krankheiten nach dem Alter, in dem sie auftreten, abgrenzen wollen, aber nur mit teilweiser Berechtigung. Was man alles unter Psychosen der Kinder und der Greise versteht, bedarf keiner besonderen Ausführung. (Über spezifische Krankheiten der Involution siehe Abschnitt VII des speziellen Teiles.) Eine Zeitlang wollte man an eine besondere Pubertätspsychose glauben; es gibt aber keine solche. Was man so nannte, waren selbstverständlich meistens Schizophrenien.

Zur Einteilung in spezielle Krankheitsbilder hat man früher auf den äußeren Aspekt abgestellt; es entstanden die Begriffe der Manie, wenn man tobte und lärmte, der Melancholie, wenn man traurig oder gehemmt war, der Paranoia, wenn die Gedanken verirrten, des Blödsinns, wenn sie zu armselig waren. Immerhin hat man von jeher angeborene und erworbene Formen unterschieden.

Man hat dann psychologische Prinzipien benutzt: Störungen der Affekte, des Verstandes, der Triebe, mußte sich aber überzeugen, daß auch so viel zu heterogene Dinge unter einen Hut gebracht wurden, wie z. B. eine akute Paranoia und eine chronische.

Daneben mangelt es nicht an anderen Versuchen. Ziehen z. B. hat eingeteilt in Psychosen ohne Intelligenzdefekt und Defektpsychosen. Die Unterscheidung ist schon deshalb eine nicht zutreffende, weil eine Psychose ohne Intelligenzdefekt „sekundär" einen Intelligenzdefekt schaffen kann — nach der Ansicht Ziehens selber. Aber auch sonst ist es doch nicht angängig, eine Idiotie mit einer Paralyse und einer Dementia praecox zusammenzuwerfen. Der nämliche Autor hat ferner einfache und zusammengesetzte Psychosen getrennt, je nachdem eine Krankheit nur einen oder mehrere „psychopathische Zustände" durchlaufe. Hier besteht die Schwierigkeit, daß wir ohne andere Kriterien eben nicht wissen, was wir unter einem einheitlichen psychopathischen Zustande verstehen sollen. Jedenfalls ist die Einteilung unnötig, denn wozu soll man eine Paralyse mit abwechselnden melancholischen und manischen Zuständen von einer bloß manischen prinzipiell unterscheiden?

Die einfachen Psychosen werden von Ziehen wieder nach affektivem oder intellektuellem Ursprung getrennt. Die ganze Klassifikation kann den Tatsachen höchstens dann annäherungsweise gerecht werden, wenn sie eine Menge von Übergängen nach allen Seiten annimmt; nicht nur von Fall zu Fall, sondern beim nämlichen Patienten gehen die Krankheiten ineinander über, so etwa, wie wenn man den Begriff Typhus nicht hätte und dann eine Diarrhöe bei Ebertscher Infektion nach Durchbruch eines Geschwürs in eine Peritonitis übergehen ließe.

Man hat auch versucht, die Ursachen zugrunde zu legen und hat z. B. alkoholische, infektiöse, traumatische Psychosen unterschieden. Aber man kann das Prinzip deshalb nicht durchführen, weil manche Ur-

sachen sehr verschiedene Krankheitsbilder erzeugen (Syphilitisches Paranoid und Paralyse, Alkoholwahnsinn und Alkoholkorsakow), und umgekehrt gleiche Krankheitsbilder durch verschiedene Ursachen hervorgebracht werden sollen (Korsakow durch Alkohol oder Kohlenoxyd). Daß auch der Ursachenbegriff ein sehr unscharf begrenzter ist, braucht heutzutage nicht mehr ausgeführt zu werden.

Unter der Führung KRAEPELINs ist namentlich der Verlauf einer Krankheit in den Vordergrund gestellt worden; der gleiche Endzustand sollte den Beweis einer Zusammengehörigkeit verschiedener Krankheitsbilder abgeben. Auf diese Weise sind zwei Krankheitsgruppen (nicht Krankheiten) geschaffen worden, die auch in anderen Beziehungen Einheiten sind und es wohl für uns bleiben werden: die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein. Doch ist es unmöglich, *nur* auf den Verlauf eine Einteilung der Krankheitsbilder zu gründen.

In den letzten Jahren haben uns anatomische Forschungen hübsch vorwärts gebracht, indem z. B. ein scharf umschriebenes Bild der Dementia paralytica, verschiedene senile Formen, mehrere klinisch als epileptisch zu bezeichnende Krankheiten herausgehoben werden konnten.

Man hat sich nun — wie in der somatischen Pathologie — gewöhnt, auch in der Psychiatrie verschiedene Einteilungsprinzipien nebeneinander anzuwenden, und man ist durch das Verdienst KRAEPELINs in kaum zwei Jahrzehnten zu einem gegenüber früher ganz befriedigenden Standpunkt gekommen; wenn wir auch wie überall noch manches wissen sollten, um klar zu sehen, und wenn es auch sicher noch viele Krankheiten gibt, die wir nicht kennen, so hat man doch gegenüber der absoluten Hilflosigkeit früherer Jahre einen Standpunkt gewonnen, von dem aus sich beständig neuer Boden erobern läßt.

Ich folge deshalb in allem Wesentlichen der Einteilung KRAEPELINs, die nun so ziemlich in der ganzen Welt verstanden wird, wenn sie auch nicht überall angenommen ist, während alle anderen Schemata nur für bestimmte Schulen brauchbar sind. Um nirgends etwas zu sagen, was ich nicht glaube, mußte ich mir einige Abweichungen gestatten, die aber unwesentlich sind.

Das Schema spricht, soweit die Geisteskrankheiten im engeren Sinne in Betracht kommen, für sich. Dagegen bedarf die innere Einteilung der Psychoneurosen noch einiger Bemerkungen. Sie ist eine sehr flüssige, besonders auch deshalb, weil die Symptome sich in sehr verschiedener Weise mischen können. Wir hätten etwa herauszuheben die Hysterie, Neurasthenie, Angstneurose mit den Phobien und der nicht davon abtrennbaren Zwangsneurose, dann die traumatischen Neurosen.

Über den Symptomenkomplex, der die Hysterie charakterisiert, vgl. den Abschnitt über diese Krankheit. Die Neurasthenie ist, wie der Name sagt, zuerst als eine Erschöpfungsneurose aufgefaßt und beschrieben worden. Solche Krankheiten[1]) sind in Wirklichkeit gar nicht häufig gegenüber ähnlichen Symptomenkomplexen, die aus der konstitutionellen Unfähigkeit, sich mit den gegebenen Verhältnissen im Leben abzufinden, herauswachsen. Was man in der Praxis gewöhnlich Neurasthenie nennt,

[1]) Vgl. unter Neurasthenie im Abschnitt XII des speziellen Teiles.

ist deshalb etwas ganz anderes als die Erschöpfungsneurose; um klar zu sein, bezeichne ich diese Krankheiten hier als „Pseudoneurasthenie". Diese ist im wesentlichen die Folge einer Flucht vor unleidlichen Zumutungen, die das Leben stellt, in die Krankheit, also etwas Ähnliches wie die Hysterie. Die Formen mit massigeren Symptomen oder mit auffälligen psychischen Beziehungen bezeichnet man mit Vorliebe als Hysterie, die mit weniger auffallenden als Neurasthenie. Zur Hysterie gehören also auf „rein psychischem" Gebiet die psychogenen Dämmerzustände, die nicht auf einer besonderen krankhaften Basis (Schizophrenie, Epilepsie usw.) entstehen, dann die Anästhesien, die Krampferscheinungen, die körperlichen Symptome, die eine Krankheit vortäuschen, wie eine Trommelsucht, die eine Gravidität darstellen soll, psychogene Quaddel- und Blasenbildungen und Blutungen, wenn es solche gibt, psychogenes Erbrechen und die vielen anderen Erscheinungen analoger Art. Die einfacheren Symptome, wie Kopfdruck, Müdigkeit, Herzgeschichten usw. rechnet man, wenn sie allein vorkommen, lieber zur Neurasthenie; sie begleiten aber auch ausgesprochene Hysterien nicht selten. Die Symptome der Neurasthenie wären diejenigen, die sich aus krankhafter Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit ableiten lassen: „Schreckhaftigkeit . . ., Vergeßlichkeit, Insomnie, allgemeine motorische Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Abmagerung, Tachykardie mit abnormer Erregbarkeit des Herzens durch körperliche Leistungen und psychische Erregungen, Kopfkongestionen, Hyperidrosis, Steigerung der Sehnenphänomene usw. sind die immer wiederkehrenden Erscheinungen. Unter ihnen nehmen die kardiovaskulären durch ihre Intensität und Konstanz (ganz vermißt werden sie in keinem Falle) den ersten Platz ein" (OPPENHEIM). Die Abgrenzung der beiden Neurosen voneinander ist also eine recht unbestimmte und sehr oft ganz willkürliche. Da der Name der Hysterie für viele etwas Anrüchiges bezeichnet, während „Neurasthenie" den Defekt in etwas Rühmliches verwandelt, bevorzugt des Arztes Höflichkeit seit BEARD in der Praxis die letztere Bezeichnung. (Weiteres zur Differenz der Pseudo-Neurasthenie und Hysterie im Abschnitt „Auffassung" der Hysterie.)

H. Die Erkennung des Irreseins.

Bei der Diagnose des Irreseins überhaupt ist es in einer einzelnen Untersuchung kaum je möglich, ein vollständiges Krankheitsbild aufzunehmen oder einem allgemeinen Untersuchungsschema zu folgen[1]. Man würde niemals fertig und würde den Patienten unnötig plagen oder reizen. Es ist auch nur ausnahmsweise tunlich, eine bestimmte Ordnung in der Untersuchung festzuhalten. Wenn der Kranke uns ein Symptom z. B. eine Halluzination andeutet, tun wir meist gut, der Spur zu folgen. Wir sind oft auch darauf angewiesen, bloß einige Kardinalsymptome sicher festzustellen und von anderen so viel als noch notwendig und den Umständen nach gut möglich ist.

[1]) Übrigens enthalten diese Schemata eine Menge von Nebensachen oder Dingen, die nur in selteneren Fällen von Bedeutung sind; die Hauptsache aber, die Prüfung auf die wichtigsten Symptome der Geisteskrankheiten, läßt sich gar nicht in Schemata fassen.

Man sei aber in dieser Richtung nicht zu bescheiden; je mehr man weiß, um so sicherer wird die Diagnose und um so zielbewußter das therapeutische Handeln. Die menschliche Psyche ist so kompliziert, daß manches, was zunächst als ein sicheres Symptom einer bestimmten Geisteskrankheit erscheint, sich nicht gar so selten anders erklärt, wenn man alle Umstände kennt. Oft genügt es auch, bloß die Diagnose der Geisteskrankheit zu machen, nicht aber die spezielle Psychose festzustellen; so wenn ein Aufgeregter und Gewalttätiger oder ein abstinierender oder selbstmordsüchtiger Kranker möglichst rasch der Anstalt übergeben werden soll. Man halte sich auch immer die eventuelle Notwendigkeit einer neurologischen und ophthalmoskopischen und überhaupt körperlichen Untersuchung gegenwärtig.

Da eine allgemeine Untersuchung, etwa wie man bei somatischen Krankheiten am Kopf anfängt und mit den Füßen aufhört, nicht möglich ist, bleibt nichts anderes übrig, als aus den Symptomen, wegen deren man gerufen wird, oder die einem gleich auffallen, an diejenigen Krankheiten zu denken, die solche Erscheinungen zeitigen können, und dann auch auf andere Zeichen der Krankheit zu fahnden. Bestätigt sich der Verdacht nicht sicher oder gar nicht, so wird man andere Möglichkeiten erwägen. Dazu ist es nötig, die Symptomatologie wenigstens der wichtigeren einzelnen Krankheiten im Kopf zu haben.

Von größter Bedeutung ist die Art des Fragens. Zunächst darf man den Patienten, wenn es überhaupt möglich ist, nicht reizen, bis man das Wichtige heraus hat; viel besser ist es, sein Vertrauen zu gewinnen — natürlich ohne ihm etwas vorzumalen. Eine Untersuchung unter falschem Vorwande ist abzulehnen. Wenn ein Patient nicht spricht, wird man nicht gleich in ihn dringen, Antwort zu geben, sondern man wird ihn körperlich untersuchen, vielleicht gelegentlich einmal wie zufällig eine Frage stellen, die leicht beantwortet werden kann: Tut das weh? oder etwas Ähnliches, und so den Patienten zum Sprechen bringen. Man wird auf geistigem und körperlichem Gebiet manches beobachten, ohne daß es der Kranke bemerkt; so wird man sich gewöhnen, die Pupillenreaktion beim bloßen Gespräch zu registrieren; man wird sich immer die ganze Situation, wie sie dem Patienten vorkommt, vor Augen halten; die gleiche Frage mit oder ohne Einleitung, in der einen oder in der andern Situation kann eine sehr gute oder eine solche sein, die den Patienten ungeeignet zur weiteren Untersuchung macht. Wie viel ist zwei mal zwei? kann eine gute Frage sein, unter anderen Umständen aber dem Kranken die andere Frage nahelegen, ob der Arzt verrückt sei. Eine Prüfung der Schmerzempfindlichkeit mit Nadelstichen ist etwas ganz anderes, wenn der Patient abgelenkt ist oder nicht, wenn man auf ihn mit dem Instrument losfährt oder ihn vorher bittet, anzugeben, ob er den Stich spüre u. dgl. Kurz, man muß in diesen Dingen einige Übung und vor allem angeborenen Takt und Verständnis für die Situation und die Konsequenzen haben, sonst nützen alle ins Spezielle gehenden Vorschriften nichts; sie können aber ganz direkt schaden, indem sie den Arzt von der Hauptsache ablenken.

Man darf auch nie vergessen, daß die Untersuchung in der Klinik, wo der Vorstellende den Kranken meist schon kennt, und die ganze Situation eine Menge von Fragen erleichtert, etwas ganz anderes ist, als die einer ersten Konsultation. Letztere bedingt viel größere Vorsicht.

Selbstverständlich wird man, wenn immer möglich, eine gute Anamnese zu bekommen suchen. Ist es möglich vor der Untersuchung, so kann das das ganze Verfahren gewaltig abkürzen, indem man in vielen Fällen geradezu nur noch eine Bestätigung in den Hauptpunkten derselben durch den Patienten haben muß, um der Diagnose sicher zu sein. Aber auch nach der Untersuchung muß man sich nicht scheuen, die Anamnese zu ergänzen oder aufzunehmen, denn erst jetzt weiß man in allen Beziehungen, worauf es ankommt. Dabei sei man nicht zu leichtgläubig. Keine Anamnese ist ganz unparteiisch; nach der guten und nach der schlechten Seite wird gewollt und ungewollt aus gutem und bösem Willen dabei arg viel gedichtet. Besonders vorsichtig sei man mit der Anamnese, die man vom Patienten selbst erhält. Richtig benutzt, gibt sie uns häufig gegen seinen Willen die Diagnose ganz klar.

Etwas ganz anderes als eine einmalige Untersuchung ist eine ganze Untersuchung, wie sie meist zur Abgabe eines Gutachtens nötig ist oder eine Beobachtung. Zur ersteren wird man die Hilfsmittel, welche die Klinik liefert, und die eventuell verschiedene Spezialisten handhaben müssen, zuziehen (Augen, Ohren, Liquor usw.). Diese Technik muß in Anstalten oder wenigstens aus Handbüchern gelernt werden und kann zum großen Teil auch nur in Anstalten ausgeübt werden.

Über Intelligenzprüfung s. bei Oligophrenie.

Wenn ein Fall nicht ohnedies ganz klar ist und unter allen Umständen, wenn man den Patienten selbst behandeln soll, darf eine genaue körperliche und namentlich neurologische Untersuchung nicht unterlassen werden.

Die Patellarreflexe werden bei Geisteskranken, die gerne spannen oder sich sonst ungeschickt benehmen, am besten nicht bei übereinander geschlagenen Knien, sondern bei etwas vorgestellten und mit der ganzen Sohle auf dem Boden ruhenden Füßen geprüft. Fehlen sie, so kann sie der BUZZARDsche Kniff, Heben der Ferse in dieser Stellung bei auf dem Boden belassener Fußspitze, manchmal noch hervorbringen.

Untersuchung des Liquor cerebrospinalis siehe im Abschnitt über die organischen Psychosen im allgemeinen (VI und VII).

Die Technik der psychischen Untersuchung kann nur die Klinik lehren. Man muß aus Anschauung wissen, was eine Sperrung, eine steife Mimik ist; wer sich auf die theoretische Beschreibung verlassen möchte, wird dem Patienten gegenüber ratlos sein oder die gröbsten Fehler machen. Die meisten psychischen Symptome sind Übertreibungen normaler Mechanismen; man muß sie deshalb nicht nur sehen, sondern auch werten; ob ein Affektstupor, eine Sperrung, eine Sprachstörung pathologisch sei, läßt sich nicht beschreiben, und ob diese Dinge gar für eine bestimmte Krankheit pathognomon seien, erst recht nicht. Die Klinik muß auch lehren, die Beschreibungen mit dem nötigen granum salis zu verstehen. Das Wort vermag nicht mehr, als aus der unendlichen Mannigfaltigkeit der psychischen Erscheinungen eine ausgesprochene, „typische" Facies herausgreifen; nur die Anschauung kann entscheiden, wie weit ein solches Beispiel verallgemeinert werden soll und wie weit nicht.

Was die einzelnen Funktionen anbetrifft, so mag auf folgendes aufmerksam gemacht werden:

Ob der Patient orientiert ist, ergibt sich meist von selber. Wenn ıötig, werden einige Fragen Sicherheit verschaffen.

Sinnestäuschungen erkennt schon der Laie meist an irgendeinem Viderspruch mit der gewöhnlichen Erfahrung, wenn man auch in einzelnen 'ällen die Realität der Wahrnehmungen wird prüfen müssen. Sehr viele Ialluzinationen geben sich dadurch zu erkennen, daß sie nicht so deıilliert beschrieben werden können wie eine Wahrnehmung. Wie Träuıende halluzinieren die Kranken oft nur das, worauf es ihnen ankommt; ie können einen Körperteil sehen, stellen sich aber den dazugehörigen Ienschen mehr vor, als daß sie ihn wahrnehmen; von Stimmen wird ıanchmal nur der Sinn gegeben; der Halluzinant kann nicht sagen, velche von verschiedenen synonymen Ausdrücken er gehört hat, oder venn er es auch bestimmt angibt, so widerspricht er sich bei mehrfachem Erzählen häufig. Bei genauem Fragen unterscheiden sich die Sinnesäuschungen oft als Bilder oder innere Stimmen und ähnliches von der Virklichkeit. Doch gibt es viele Ausnahmen; besonders die Gesichtsalluzinationen des Delirium tremens pflegen sich durch ihre detaillierte usarbeitung auszuzeichnen.

Direkte Fragen nach Halluzinationen werden oft unrichtigerweise erneint (Ableugnen, Absperrung); bei Patienten, die man noch nicht ennt, tut man gut, zunächst sich indirekt zu informieren (schlafen Sie ut? stört Sie niemand? beschäftigen sich die Nachbarn viel mit Ihnen? . dgl.).

Ähnlich die Wahnideen. Da wo ihr Inhalt sich nicht von vornerein als unrichtig erweist, wird man, wenn möglich, ihre Objektivität rüfen. Dies ist aber nicht das einzige und genau genommen gar nicht as ausschlaggebende Kriterium. Ein Irrtum enthält auch ein unrichtiges Jrteil, und eine Wahnidee kann zufällig der Wirklichkeit entsprechen. Es rird recht mißlich sein, die objektive Begründetheit eines Eifersuchtswahnes u untersuchen; maßgebend ist die subjektive Begründung des Patienten; venn er für seine bestimmte Überzeugung keine anderen Gründe anührt, als daß das Bett der Frau einmal besonders warm war, daß ihr weimal nacheinander der nämliche Mann begegnete, als sie das Haus erließ, daß sie ein erschrockenes Gesicht machte, als der Patient unermutet heimkam, dann handelt es sich um Wahnideen, ob nun die Frau in Wirklichkeit treu sei oder nicht.

Die Wahrnehmung prüft man natürlich in vielen Fällen nebenbei. Ian sieht ja, ob die Leute richtig sehen und hören. Man wird darauf chten, wie rasch sie die Fragen auffassen, ob man viel wiederholt erläaren muß und aus welchen Gründen. Die optische Auffassung wird uch beim Lesen geprüft; besonders bequem sind geeignete, nicht zu große Bilder[1]), die man rasch ab- und wieder zudeckt; nur muß man dabei vissen, was man dem Normalen zumuten darf.

Die Assoziationen braucht man in den meisten Fällen nicht beonders zu untersuchen; jedes Gespräch, besonders wenn man den Paienten reden läßt, ist eine Assoziationsprüfung. Leichtere Ideenflucht ommt zum Vorschein, wenn man die Patienten etwas anregt und sie rzählen läßt, was sie interessiert. Auf die Assoziationsexperimente, die

[1]) Z. B. MEGGENDORFER, Lothar, Nimm mich mit! Ein lehrreiches Bilderbuch. raun & Schneider, München.

für gewöhnlich unnötig sind, muß man sich etwas einüben, wenn man sie benutzen will.

Das Gedächtnis wird schon bei der Aufnahme einer Autanamnese geprüft; man wird dabei viele Fragen so stellen, daß sie auch über diese Funktion Aufklärung verschaffen können. Das Gedächtnis für Erlebnisse während der Prüfung (die Merkfähigkeit) wird untersucht, indem man den Patienten nach einiger Zeit wieder frägt, was man im Anfang besprochen habe, namentlich Rechenaufgaben, die man gegeben, wiederholen läßt. Isolierte vier- bis sechsstellige Zahlen und seltene Worte können auch Gesunde bei einiger Erregung oft nicht gleich reproduzieren. Jedenfalls muß man sich vergewissern, daß die Kranken das Vorgesagte verstanden und bis zu einem gewissen Grade aufgefaßt haben.

Die Affektivität wird man in den wenigsten Fällen direkt untersuchen; man sieht ja immer, wie der Patient reagiert; immerhin wird man ihm Gelegenheit geben, einen Unterschied in der Reaktion auf wichtige Dinge und auf Nebensachen, ferner krankhafte Labilität u. dgl zu zeigen.

Anomalien der Triebe muß man meistens, wenn sie sich nicht aus der Anamnese ergeben, erfragen; doch drücken sich Perversionen wie Homosexualität und ähnliches sehr oft im ganzen Benehmen und in der Kleidung aus.

Will man zur Prüfung verschiedener Funktionen die Kranken eine Geschichte lesen und erzählen lassen, so eignen sich die folgenden unserer Erfahrung nach besonders gut, offenbar weil sie Wiederholungen enthalten. Die erste stellt die geringsten, die letzte die höchsten Anforderungen.

Der mit Salz beladene Esel[1]).

Ein Esel, der mit Salz beladen war, mußte durch einen Fluß waten. Er fiel hin und blieb einige Augenblicke behaglich in der kühlen Flut liegen. Beim Aufstehen fühlte er sich um einen großen Teil seiner Last erleichtert, weil das Salz im Wasser geschmolzen war. Langohr merkte sich diesen Vorteil und wandte ihn gleich am folgenden Tage an, als er, mit Schwämmen belastet, wieder durch eben diesen Fluß ging.

Diesmal fiel er absichtlich nieder, sah sich aber arg getäuscht. Die Schwämme hatten nämlich das Wasser angesogen und waren bedeutend schwerer als vorher.

Die Last war so groß, daß er erlag.

— Ein Mittel taugt nicht für alle Fälle. —

Neptun und Taglöhner[1]).

Ein Taglöhner arbeitete neben einem Flusse. Aus Versehen fiel ihm seine Axt hinab, und da der Fluß so tief war, daß er sie nicht wieder herausholen konnte, setzte er sich ans Ufer und klagte dem Flußgott seine Not.

Neptun hatte Mitleid mit der Armut des Mannes, tauchte unter und holte eine goldene Axt heraus. „Ist dies die deinige?" fragte er den Taglöhner. „Nein," antwortete dieser, ganz ehrlich. Plötzlich tauchte Neptun wieder unter und trat mit einer silbernen Axt vor den Holzhacker hin. Auch auf diese wollte der Taglöhner keinen Anspruch machen. Zum drittenmal tauchte der Gott unter und brachte die wahre eiserne Axt mit dem hölzernen Stiel. „Ja, dies ist sie, dies ist die rechte, diese habe ich verloren," rief der Taglöhner freudig. „Ich wollte dich nur auf die Probe stellen," erwiderte Neptun, „mich freut's, daß du so ehrlich als arm bist! Da, nimm alle drei Äxte, ich schenke sie dir."

Diese Geschichte erzählte der ehrliche Mann mehreren Bekannten. Einer derselben wollte Neptuns Güte mißbrauchen und warf aus diesem Grunde seine Axt absichtlich in den Fluß. Kaum fing er an, dem Flußgott seine Not zu klagen, so erschien dieser auch schon mit einer goldenen Axt. — „Ist es diese, welche dir in den Fluß fiel?" fragte er ihn. Schnell rief er: „Ja, sie ist's!" und griff darnach. Neptun aber schalt ihn

[1]) ZWEIGLE, Hundert Aesopsche Fabeln. Nitzschke, Stuttgart.

einen schamlosen Lügner, da er selbst einen Gott hintergehen wolle, und wandte ihm den Rücken. Mit ihm verschwand die goldene Axt und er mußte auch ohne seine eiserne nach Hause gehen.

Ehrlich währt am längsten.

Ein Geizhals-Stücklein.

Die Bewohner von Kufa galten für die geizigsten Araber. Einst hörte einer von ihnen, daß in Bassora ein Geizhals wohne, bei dem alle Knicker noch in die Schule gehen könnten, und er entschloß sich, hinzugehen und von ihm zu lernen. Bei ihm angekommen, sagte er ihm offen den Grund seines Besuches. „Du bist willkommen," sagte der von Bassora, „wir wollen auf den Markt gehen und einkaufen!"

Sie gingen zum Bäcker. „Hast du gutes Brot?" Zu dienen, meine Herren, frisch und weiß wie Butter! — „Du siehst," sagte der von Bassora zu dem von Kufa, „daß Butter besser sein muß als Brot, weil Brot mit Butter verglichen wird, wir tun daher besser daran, Butter zu kaufen."

Sie gingen zum Butterhändler und fragten, ob er gute Butter habe. — Zu dienen, Butter, frisch und süß wie Olivenöl! — „Du hörst," sagte der Gastfreund, „die beste Butter wird mit Öl verglichen, dies wird also besser sein."

Sie gingen zum Ölkrämer. „Hast du gutes Öl?" Vom besten, hell und klar wie Wasser! „Hoho," sagte der von Bassora zu dem von Kufa, „demnach ist das Wasser das Beste von allem! Ich habe noch ein ganzes Faß voll zu Hause, damit will ich dich aufs freigebigste versehen!"

Und in der Tat, er setzte seinem Gast nichts als Wasser vor, da Wasser besser als Öl, Öl besser als Butter und Butter besser als Brot sei. „Gut," sagte der Geizhals von Kufa, „ich bin nicht vergebens hierher gereist, ich habe viel gelernt."

Auf Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Registrierung überhaupt kann man unter Umständen Schlüsse ziehen, wenn man die Patienten nach einiger Zeit des Aufenthaltes in einem ihnen unbekannten Zimmer die Augen schließen läßt und sie dann ersucht zu sagen, was für Gegenstände im Zimmer seien.

Niemals vergesse man, sich die ganze **Einstellung des Patienten gegenüber der Untersuchung** klar zu machen. Manche Fehler entstammen nicht einem Nichtkönnen, sondern dem Affektstupor, der Gleichgültigkeit, dem Negativismus, bösem Willen. Charakteristisch für die Examenverlegenheit sind Antworten, die das gegebene Material durcheinander machen, so wenn man beim Rechnen Einzelzahlen aus der Aufgabe ins Resultat setzt u. dgl.

Überhaupt darf weder bei der Diagnose, noch bei sonstiger Beurteilung die Gesamtheit der objektiven und subjektiven Umstände übersehen werden. In dem komplizierten psychischen Getriebe haben die nämlichen Erscheinungen unter verschiedenen Umständen ganz verschiedene Bedeutung. Unsinnige Wahnideen bezeichnen beim besonnenen Durchschnittskranken eine bestehende Verblödung beim Oligophrenen einerseits und beim Delirierenden anderseits nicht. Körperhalluzinationen beweisen nur bei begleitender Besonnenheit sicher eine Schizophrenie. Katatone Symptome in akuten Zuständen trüben die Prognose wenig, in chronischen haben sie schlechte Bedeutung. Was in Besonnenheit ein sicheres Zeichen von Verblödung ist, mag in einer schweren Aufregung oder in einem Dämmerzustand ohne weitere diagnostische Bedeutung sein. Ein „steifer" Affekt kann Untersuchungsstupor oder Schizophrenie bedeuten. Ein „Negativismus" bei einem Empfindlichen kann Folge des ärztlichen Auftretens oder sonst der Situation sein. Ein Delirant, mit dem wir uns schwer in Beziehung setzen können, ist in der Regel zugleich ein Schizophrene, oder er hat epileptiforme Anfälle.

Ausnahmsweise aber kann ein solches Verhalten einmal Symptom gerade eines leichten Deliriums sein:

Ein solcher Patient drehte uns während der drei Tage des im übrigen typischen Alkoholdelirs den Rücken, gab keine oder nur kurze, abweisende Antworten. Er war ein Vagant mit sogar übertriebener Jovialität, der aber schon oft wegen Kleinigkeiten eingesperrt worden war und alle solchen Maßregeln als ungerechtfertigt empfand, besonders auch die Einbringung in die Klinik, da man ihn dabei angelogen hatte. Er war sich nun bei geringer Ausprägung des Delirs dieser Umstände fast immer bewußt, wodurch er selber seine Reaktion nachträglich erklärte.

Manche psychischen Symptome kommen auch bei Krankheiten vor, die wir hier nicht beschreiben (Fieber, Traumen, Herzkrankheiten, Urämie, Eklampsie usw.), und was noch viel wichtiger ist, man muß niemals erwarten, in einem gegebenen Moment alle wichtigen Symptome einer Krankheit zu sehen, darf also beispielsweise nie schließen: ich sehe keine Affektstörung, also liegt Schizophrenie nicht vor. Ja, man kann unter Umständen auch bei ausgesprochener Psychose vorübergehend gar nichts Krankhaftes finden. Ein negativer Befund ohne längere Beobachtung beweist also niemals Gesundheit sondern nur Fehlen des Nachweises der Krankheit.

Simulation und Dissimulation. Simulation des Irreseins ist lange nicht so häufig wie der Laie annimmt. Diejenigen, die Geisteskrankheit mit einigem Geschick simulieren, sind fast alle Psychopathen, zum Teil wirklich geisteskrank. Die Entscheidung, ob Simulation vorliegt, kann sich meist auf den Nachweis des Fehlens oder des Bestehens unsimulierbarer Symptome stützen. Für Leute, die nicht lange Erfahrungen in Irrenanstalten gewonnen haben, gehört auch die Durchführung eines konsequenten und nicht zu symptomarmen Krankheitsbildes zu den nicht simulierbaren Dingen. Wenn nicht der Betrug leicht durchsichtig ist, muß zur „Entlarvung“ Anstaltsbeobachtung verlangt werden.

Simulation wird bewiesen durch Inkonsequenz, ungeschickte Übertreibung, Darstellung eines nur in der Phantasie der Laien existierenden Krankheitsbildes (Vorsicht gegenüber unbewußter Simulation in GANSERs Faxensyndrom, Puerilismus usw.!). Eine behauptete Schlaflosigkeit ist im Wachsaal zu kontrollieren. Aufregungen, die Kraft verlangen, lassen sich der Ermüdung wegen nicht lange durchführen; beim Umsichschlagen mit oder ohne Krampfbewegungen schont sich der Simulant sichtlich u. dgl. Man kann auch etwa suggerieren, daß dies und jenes Symptom noch fehle, das zu der Krankheit gehört, worauf der Simulant sich meist beeilt, das Bild zu ergänzen. Dies einige Andeutungen. Alle Einzelheiten lassen sich nicht beschreiben. Man müßte die ganze Symptomatologie unter diesem Gesichtspunkt wiederholen. Wichtig ist eine sehr genaue, womöglich durch Tag und Nacht ununterbrochene Beobachtung, die einesteils Simulanten ermüdet und anderenteils gewöhnlich bald eine Menge von Beweisen für die versuchte Täuschung bringt. Oft erweckt der erste Blick den Verdacht auf Simulation, wenn ein eben Eingebrachter den Aufgeregten und Verwirrten spielt und dabei mit den Blicken sich rasch zu orientieren sucht und allem sorgfältig folgt, was um ihn vorgeht.

Nur bei großer Anstaltserfahrung und instinktivem Hineinleben in die Rolle wird es einem gelingen, mit Erfolg zu simulieren.

Schwieriger sind die bloßen Übertreibungen zu beurteilen bei krankhaften oder gar kranken Personen. Auch hier gibt es ebensowenig eine Grenze zwischen bewußter Simulation und Krankheit, wie da, wo das Unbewußte die Rolle durchführt, z. B. beim GANSERschen Syndrom. Man wird also dann und wann nicht entscheiden können, wie viel von der „Simulation" bewußter Betrug ist, und wie viel auf Grund der Krankheit aus dem Unbewußten heraus gespielt wird.

Viel häufiger als Vortäuschung ist Dissimulation einer Geisteskrankheit. Melancholiker stellen sich geheilt, um Selbstmord durchzuführen, andere Kranke, um nicht in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt zu werden, um Gelegenheit zur Ausführung ihrer Pläne zu bekommen usw. Natürlich ist diese Dissimulation von Seite des Patienten nur ein Verbergen von Gedanken und Symptomen, von denen sie wissen, daß andere sie als krankhaft ansehen. Sie selbst halten sich ja nicht für krank.

I. Die Differentialdiagnose.

Bei der Unterscheidung der Psychosen voneinander hat man im Auge zu behalten, daß die einzelnen Zustandsbilder und Syndrome bei verschiedenen Krankheiten vorkommen können; man hat also immer noch neben denselben nach begleitenden spezifischen Symptomen und nach den spezifischen Nuancen des Syndroms zu suchen. Von den Krankheiten haben keine spezifischen Symptome, sind also außer etwa durch den Verlauf nur durch sorgfältigen Ausschluß anderer Krankheiten zu diagnostizieren („negative Diagnose"): das manisch-depressive Irresein, die Paranoia, die Hysterie, die Zwangsneurose, die Psychopathien. Noch nicht bekannt sind die spezifischen Symptome bei Amentia, Urämie und manchen anderen selteneren Krankheiten.

Wie auf körperlichem Gebiete gibt es auch Kombinationen von Psychosen. Manche entwickeln sich auf einer Oligophrenie; zu einer Schizophrenie kann sich eine Paralyse, eine Dementia senilis gesellen; Alkoholismus ist gar nicht selten, besonders bei Frauen, Symptom einer anderen Krankheit, z. B. einer Schizophrenie; hinter einem Delirium tremens steckt oft eine Paralyse oder eine andere organische Krankheit.

Auch bei der Differentialdiagnose kann man nicht erwarten, in jedem gegebenen Augenblick alle unterscheidenden Merkmale zu finden, und es sind auch da fast alle Symptome nur aus der psychischen Umgebung heraus zu würdigen. Die Psyche bietet so viele Möglichkeiten, daß durch eine zufällige Konstellation auch einmal ein als spezifisch geltendes Symptom der einen Krankheit durch ein anderes nachgeahmt werden kann. Auch unsere Sprache kann dem Reichtum der Erscheinungen nicht folgen und muß verschiedene Dinge mit gleichen oder ähnlichen Namen bezeichnen; so sind der Beschäftigungstrieb bei Manie, der bei Presbyophrenie und der bei Delirium tremens ganz verschiedene Dinge, die sich durch kurze Bezeichnungen nicht auseinander halten lassen[1]). Wer auf diagnostische Schlagwörter geht, ohne auf Konstella-

[1]) Auch bei manchen Dämmerzuständen und bei erethischer Idiotie gibt es Syndrome, die man als Beschäftigungsdrang bezeichnen könnte.

tionen und Nuancen zu achten, wird alle Augenblicke fehlgehen. Kurze differentialdiagnostische Zusammenstellungen sind deshalb für den Anfänger leicht irreleitend, und die diagnostischen Bemerkungen im speziellen Teil dieses Buches wollen keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen, sondern nur dasjenige herausheben, was in der Symptomatologie der Krankheit speziell für die Diagnose zu wenig betont werden konnte. Das Wesentliche für die Diagnose muß aus der Kenntnis der ganzen Krankheit geschöpft werden. Auch die folgenden Bemerkungen sind nur in diesem Sinne zu benutzen.

Zusammenstellung der differentialdiagnostischen Bedeutung einzelner Symptome.

Wahrnehmungsstörungen.

Die sinnliche Wahrnehmung wird bei den organischen Psychosen, und in ganz ähnlichem aber nicht identischem Sinne bei der Epilepsie, verlangsamt und oft gefälscht, bei Alkoholismus wird sie unrichtig, die Prüfung ohne Apparat weist aber keine Verlangsamung nach.

Bei Idiotieformen leidet die Zusammensetzung kombinierter Eindrücke; die Patienten sehen und erfassen das Einzelne, können es aber nicht zu einem Gesamtbilde verarbeiten. Manchmal wird die Bedeutung von einfachen Bildern nicht erkannt, sogar die Perspektive nicht verstanden.

Eigentliche Illusionen können überall vorkommen; in Bewußtseinstrübungen nehmen sie besonders überhand.

Von den Halluzinationen sind die des Gesichtes im Vordergrunde in den Bewußtseinsstörungen (Delirien, Dämmerzustände usw.); bei Besonnenheit sind sie selten.

Bei den chronischen mit Besonnenheit verlaufenden Zuständen der Schizophrenie sind die Gehörs- und Körperhalluzinationen im Vordergrunde. Die letzteren sind unter diesen Umständen für die Krankheit charakteristisch. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen und -illusionen kommen hauptsächlich bei der Schizophrenie, aber auch beim Delirium tremens und in verschiedenen Dämmerzuständen vor.

Für das Delirium tremens sind charakteristisch zunächst die Tasthalluzinationen, dann die massenhaften Gesichtshalluzinationen, die multipel und beweglich sind und namentlich oft kleine oder verkleinerte Objekte, also besonders Tiere darstellen. Neben derartigen Visionen kommen für Getast und Gesicht gern fadenförmige Objekte, Drähte, Seile, Schleimfäden, Wasserstrahlen zur Darstellung. Gehörshalluzinationen haben beim reinen Delirium tremens auffallend häufig den Charakter von Musik, der sonst selten ist. Sind verbale Gehörshalluzinationen im Vordergrund, so handelt es sich um Komplikationen, namentlich mit Schizophrenie oder mit alkoholischem Wahnsinn.

Der dramatisch zusammenhängende Charakter von Gehörshalluzinationen, die über den Patienten in dritter Person reden, spricht mit großer Sicherheit für Alkoholmißbrauch und kommt beim akuten Alkoholwahnsinn und bei alkoholischen Schizophrenen vor.

Mikroskopisch verkleinerte Gesichts- und Tasthalluzinationen gehören dem Kokainismus an.

Bei manisch-depressiven und organischen Psychosen sind Gesichts- und Gehörshalluzinationen die gewöhnlichsten. Bei Organischen sind sie in der Nacht viel häufiger als am Tage.

Gesichts- und Gehörshalluzinationen an sich haben keine spezifische Bedeutung; sie sind diejenigen, die bei jeder Krankheit vorkommen können.

Assoziationsstörungen.

Ideenflucht kommt bei den verschiedenen manischen Zuständen, dann zuweilen bei Erschöpfung vor, sonst fast nie; so ist sie in epileptischen Erregungen äußerst selten.

Assoziative Hemmung, Verlangsamung und schweres Loskommen vom traurigen Thema bis zu Monideismus ist Teilerscheinung der verschiedenen depressiven Zustände. Andere Arten von Gedankenerschwerung können bei verschiedenen Krankheiten vorkommen (Hirndruck, organische Inertie, Vergiftungen).

Bei der Schizophrenie finden wir die Sperrungen, die in weniger auffallendem Grade auch normaliter und dann bei der Hysterie vorkommen; ferner fallen oft die Einflüsse einzelner oder aller der Fäden aus, die sonst die Assoziationen leiten, wodurch teils bizarre, teils ganz unzusammenhängende Ideenketten erzeugt werden.

Bei der Epilepsie ist der Gedankengang langsam, häsitierend; es besteht Einengung des Gedankeninhaltes auf das Ego, Neigung zu affektbetonten, namentlich Werturteile enthaltenden Assoziationen, zu Perseverationen, Tautologien, zu Umständlichkeit überhaupt: die Kranken kommen von einem Thema nicht leicht los, ohne es in vielen Richtungen ausgedacht zu haben.

Auch bei Organischen besteht eine Neigung zu Perseveration und häufig eine Verlangsamung aller Reaktionen. Wichtiger ist aber die Beschränkung der Zahl gleichzeitig möglicher Vorstellungen. Es fehlen besonders leicht diejenigen, die einer aktuellen Strebung widersprechen, wodurch der organische Blödsinn am auffälligsten charakterisiert wird.

Bei den Idiotien ist der Umfang der Assoziationen auch beschränkt; es fehlen aber die komplizierten Assoziationen, diejenigen, deren Erwerb eine höhere psychische Tätigkeit verlangten, und die außergewöhnlichen. Das Einfache, Sinnliche und Alltägliche wird gedacht.

Bei der Paranoia und in gewissem Sinne auch bei der Hysterie werden einzelne Assoziationen erleichtert und andere gehemmt, je nachdem sie mit der in die Krankheit verwobenen Strebung harmonieren oder nicht. Im übrigen kann man keine Assoziationsanomalie finden.

Orientierungsstörungen.

Die Orientierung in Raum und Zeit ist gestört bei fortgeschrittenen organischen Geisteskrankheiten, dann gewöhnlich bei deliriösen und dämmerigen Zuständen aller Art. Bei schizophrenen Dämmerzuständen besteht oft die richtige Orientierung neben der gefälschten. Die übrigen Kranken wissen, wo und in welcher Zeit sie sind, wenn nicht zufällige Umstände diese Vorstellungen fälschen.

Die Orientierung in der Situation ist natürlich in der Regel dann auch unrichtig, wenn Ort und Zeit falsch registriert werden; sie kann aber außerdem bei jedem Überlegungshindernis oder infolge von Wahnideen und ähnlichen Anomalien gestört sein.

Die autopsychische Orientierung, die Persönlichkeit mit ihren Beziehungen zu Familie, Geschäft, Wohnort usw. wird in der Paralyse, dann in traumartigen Dämmerzuständen am ehesten gefälscht. Auffallend ist, wie sie im schwersten Delirium tremens noch erhalten bleibt, während ein anscheinend besonnener Paralytiker oder Schizophrene sich leicht für den Kaiser oder einen bestimmten Heiligen erklärt.

Gedächtnisstörungen.

Im chronischen Alkoholismus wird das Gedächtnis ungenau: katathyme Gedächtnisillusionen, deren Inhalt sich scheinbar von der Wirklichkeit wenig weit entfernt, sind nicht selten. In der Dementia alcoholico-senilis und im Korsakow kommt die organische Gedächtnisstörung hinzu. Nach dem Delirium tremens ist die Erinnerung eine unvollständige und höchst ungenaue; nach unkompliziertem akutem Alkoholwahnsinn ist sie gut. Nach pathologischem Rausch besteht meist Amnesie. Die Neigung zu phantasierten Erzählungen steigert sich beim Delirium tremens zu Ausreden in Form von Konfabulationen.

Das Gedächtnis der organischen Gruppe ist charakterisiert durch besonders starkes oder ausschließliches Betroffensein der frischeren Erinnerungen. Häufig wird die Leere durch provozierte (Verlegenheits-) oder spontane Konfabulationen ausgefüllt. Amnesien nach Delirien, Verwirrtheiten, ja nach bloßen Aufregungen sind nicht selten.

Das schizophrene Gedächtnis bewahrt alle Erlebnisse auf; Sperrungen und andere Affektwirkungen machen aber im gegebenen Moment sehr häufig die Verfügung über die Engramme unmöglich. Da in gewissen chronischen Stadien keine Verarbeitung der Wahrnehmungen stattfindet, gibt das schizophrene Gedächtnis oft die unbedeutenden Einzelheiten besser wieder als das gesunde. Gedächtnishalluzinationen und katathyme Illusionen sind häufig. Amnesien sind trotz der Alltäglichkeit von Delirien und Dämmerzuständen ziemlich selten und noch seltener vollständig.

In der Epilepsie wird das Gedächtnis in unsystematischer Weise schlecht. Nach Dämmerzuständen ist vollständige oder teilweise Amnesie etwas Gewöhnliches.

Die Hysterie gestaltet je nach dem momentanen affektiven Bedürfnis die Erinnerungen manchmal recht stark um. Nach Dämmerzuständen pflegt die Amnesie vollständig zu sein, läßt sich aber durch suggestible Einflüsse relativ leicht heben.

Beim Paranoiker bilden Gedächtnisillusionen neben den krankhaften Eigenbeziehungen die wichtigste Grundlage der Wahnideen.

In den Oligophrenien ist das Gedächtnis sehr verschieden. Natürlich wird Unverstandenes ceteris paribus schlechter erhalten als Verstandenes, und diese Kranken verstehen gerade das so wenig, was Gesunden interessant erscheint; daneben aber besteht oft auffallend gute Reproduktion von unverarbeitetem Material.

Schwere Alterationen des Bewußtseins bei den verschiedensten Krankheiten haben die Neigung, Amnesien nach sich zu ziehen.

In melancholischen Zuständen wird leicht das Vorleben nach Sünden durchforscht; kleine Fehler werden zu unverzeihlichen Verbrechen umgestaltet; findet man keine, so werden solche als eine Art Gedächtnishalluzinationen oder Gedächtnisillusionen geschaffen.

Schon während, aber besonders auffällig *nach* manischen Zuständen wird das krankhafte Benehmen des Patienten leicht zum Teil durch Umbildung im Gedächtnis nachträglich gerechtfertigt und die Schuld auf die Umgebung geworfen. Während und nach der (seltenen) ideenflüchtigen Verwirrtheit ist das Gedächtnis sehr unvollständig.

Amnesien sind nach den Bewußtseinsstörungen und allen transitorischen Psychosen überhaupt zu erwarten: nach hysterischen und epileptischen Anfällen und Dämmerzuständen, Verwirrtheiten aller Art, Vergiftungen, namentlich Rausch. Nach ähnlichen Zuständen der Schizophrenie (Dämmerzustände, halluzinatorische Zustände mit traumhaften Erlebnissen) fällt die Erinnerung gar nicht immer und dann meist nur unvollständig aus.

Inhaltliche Amnesien, die sich auf Ereignisse beziehen, deren Erinnerung zur Zeit unangenehm ist, sind häufig bei Schizophrenie und Hysterie.

Affektivitätsstörungen.

Die Affektivität ist labil bei den Organischen, beim Alkoholismus, bei der Hysterie, in den späteren Zwischenstadien bei vielen Manisch-depressiven.

Akute Affektverschiebungen im Sinne von manischen oder melancholischen Auftritten sehen wir beim Alkoholismus (die nicht gerade häufige Alkoholmelancholie), den organischen Psychosen, bei der Schizophrenie (sehr häufig), Epilepsie (kurzdauernd, hier auch reizbare Verstimmungen häufig), beim manisch-depressiven Irresein, bei der Hysterie, den Psychopathien aller Art (namentlich den Zyklothymien), den Oligophrenien (in der Regel kurz dauernd, oft reizbare Verstimmungen).

Organische: die genannte Labilität und die Verstimmungen, manische vorwiegend bei der Paralyse und melancholische namentlich bei den senilen Formen. Beim alkoholischen Korsakow besteht außer der Labilität meist eine euphorische Grundstimmung, die erst in den späteren Stadien der Verdrossenheit und Gereiztheit zu weichen pflegt.

Bei der Schizophrenie liegen die Affekte in den schweren Fällen ganz darnieder, in den leichteren sind Affektreaktionen bald vorhanden, bald nicht; wenn vorhanden, sind sie oft steif. Manchmal fehlen sie gerade auf die wichtigsten Ereignisse, während Kleinigkeiten in normaler Weise betont werden. In vielen Fällen ist Reizbarkeit bis zu unbändiger Wut die einzige Reaktion, die man während langer Zeit zu sehen bekommt; bei leichten Fällen kann die Reizbarkeit das einzige auffallende Symptom sein. Nicht selten besteht Parathymie und Paramimie. Ambivalenz drängt sich nirgends so vor wie in der Schizophrenie. Außerdem treten melancholische und manische Affektschwankungen auf.

Beim Epileptiker schlagen die Affekte leicht an, gehen leicht auf eine abnorme Höhe, perseverieren aber abnorm lange. Sie sind dabei

massig, nicht fein differenziert. Anfallsweise Verstimmungen reizbaren, depressiven oder euphorischen Charakters fehlen wohl nie.

Der Manisch-depressive hat oft zwischen den manischen oder depressiven Anfällen Affektlabilität oder dauernde Einstellung im Sinne leichterer manischer oder melancholischer Verstimmungen.

Bei der Hysterie leichtes Anschlagen und Hochgehen der Affekte. Quantitativ und auch qualitativ verschiedene Reaktionen auf ähnliche Reize je nach zufälliger Einstellung.

Bei der Paranoia entspricht die Affektlage dem Inhalte der realen oder wahnhaften Erlebnisse. Die Affektanomalie, die an der Wurzel der Krankheit sitzen muß, läßt sich nicht leicht demonstrieren.

Unter den Oligophrenen gibt es erregte und torpide, kurz es kommen alle die Verschiedenheiten vor, die wir bei Gesunden und Psychopathen sehen, nur womöglich innerhalb noch weiterer Grenzen. Außerdem haben viele Fälle Verstimmungen wie die Epileptiker.

Bei allen Demenzformen kommt die Neigung zu Wut vor.

Einige besondere Syndrome.

Stuporzustände kommen am meisten bei der Schizophrenie vor, dann bei Epilepsie, Hysterie und außerdem bei melancholischen Zuständen, in Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins und in der Paralyse.

Dämmerungen sehen wir bei Epilepsie und Hysterie und der Schizophrenie, vielleicht auch einmal im manisch-depressiven Irresein, dann bei verschiedenen Vergiftungen (pathologischer Rausch!), in Zuständen des gewöhnlichen Schlafes (Schlafwandeln usw.), nach Hirnerschütterungen, nach Erhängen, bei Migräne und sogar als Aufregungszustände rein affektiver Genese bei Psychopathen (Zuchthausknall, Fugues usw.).

Katatoniforme Symptome. Symptome, die man ihrem äußeren Aussehen nach als katatone bezeichnen muß, kommen außer bei der Schizophrenie noch bei den organischen Psychosen vor; Katalepsie ist ferner bei Epilepsie nicht selten und soll gelegentlich auch in hysterischen Dämmerzuständen, bei der Oligophrenie und beim manisch-depressiven Irresein beobachtet worden sein. Etwas, das man Echolalie nennen muß trotz anscheinend recht verschiedener Genese, kommt außer bei der Schizophrenie und den organischen Psychosen (sehr selten) auch bei Epilepsie, Hysterie, Oligophrenie vor.

Epileptiforme Anfälle kommen außer bei den Epilepsien bei der Schizophrenie, der Paralyse, dem Alkoholismus inkl. Delirium tremens, als Affektepilepsie bei Psychopathen vor, und außerhalb der Psychiatrie bei allen groben Hirnerkrankungen, bei Urämie und Eklampsie.

Den **„paralytischen"** gleiche **Anfälle** kommen bei allen groben Hirnkrankheiten vor, namentlich, wenn sie die Rinde betreffen.

Zwangsvorstellungen und eventuell Impulse kommen außer bei der als selbständig gedachten Zwangsneurose und Zwangspsychose bei Schizophrenie recht häufig, sonst bei den verschiedenen depressiven Zuständen, aber ziemlich selten, vor.

Urämie kann, wie die meisten körperlichen Symptome einer organischen Hirnkrankheit und der Epilepsie, so auch die psychischen vortäuschen. Auch **Eklampsie** kann einmal für kurze Zeit einer Epilepsie zum Verwechseln ähnlich sehen.

K. Die Ursachen der Geisteskrankheiten.

I. Keimanlage. Von jeher wußte man, daß Geisteskrankheiten sich in der einen Familie häufen, in der anderen fehlen, und daß in den Familien mit Geisteskrankheiten die nicht eigentlich erkrankten Mitglieder sehr häufig gewisse Abweichungen, oft deutlich in der Richtung der Erkrankung, aufweisen. Allerdings gibt es selten Familien, die bei genauem Zusehen ganz frei sind, und die Fälle mit nur wenigen kranken Gliedern sind immerhin die häufigeren. Dennoch ist es unzweifelhaft, daß die Familienanlage eine der wichtigsten Bedingungen der Entstehung der Geisteskrankheiten ist[1]). Allerdings braucht eine bloße Anlage, auch wenn sie unzweifelhaft auf das einzelne Individuum übergegangen ist und sich da durch kleinere Abweichungen vom Normalen und durch die Übertragung auf die Nachkommen manifestiert, nicht als Krankheit zum Ausdruck zu kommen. Entweder gibt es verschiedene Grade der hereditären Anlage oder die Anlage „entwickelt" sich nicht bei allen bis zur ausgesprochenen Krankheit, oder es kommt beides vor. Außerdem müssen wir Dispositionen voraussetzen, die an sich nicht krankhaft sind, aber doch notwendige oder wenigstens fördernde Bedingungen bilden bei der Entstehung exogener Krankheiten: Es wird nicht jeder Trinker zum „psychischen" Alkoholiker und nicht jeder Luiker paralytisch; aber gewisse psychische Eigentümlichkeiten, die sich bei den meisten Alkoholismus- und Paralysekandidaten und ihren Familien auffinden lassen, deuten daraufhin, daß ererbte Faktoren auch bei exogenen Krankheiten eine gewisse Rolle spielen.

Man war nun früher, solange keine natürlichen Abgrenzungen der Geisteskrankheiten bekannt waren, gezwungen, eine allgemeine neuro- und psychopathische Familienanlage anzunehmen, die sich in den verschiedensten Nerven- und Geisteskrankheiten und psychischen Eigentümlichkeiten äußern könnte, wenn auch gewisse Gleichartigkeiten der Erscheinung innerhalb mancher Familien nie ganz übersehen wurden. Seit uns aber Kraepelin gelehrt hat, einige natürliche Gruppen zu erkennen, hat sich herausgestellt, daß es eine „gleichartige Heredität", d. h. spezifische Anlage zu gewissen Krankheiten oder Krankheitsgruppen gibt, wobei die genuine Epilepsie, die Schizophrenie, die manisch-depressiven Störungen zu nennen wären. Wir fangen aber erst an, einzusehen, worauf es bei solchen Verhältnissen ankommt, und sind noch weit davon entfernt, die Tatsachen in eine befriedigende Ordnung bringen zu können. Auch die großen Krankheitsgruppen, genuine Epilepsie, Schizophrenie und manisch-depressives Irresein, sind nach außen ungenügend

---

[1]) Die hervorragende Bedeutung der Anlage zeigt sich namentlich beim Zwillingsirresein, wo mitunter beide Geschwister zur gleichen Zeit und unter sehr ähnlichen Symptomen erkranken, und zwar auch dann, wenn sie nicht miteinander leben.

abgegrenzt, und die leichteren (oder nicht ausgebrochenen) Formen derselben werden von uns unter den Psychopathien, Neurosen oder Charaktereigenschaften registriert; innerhalb dieser Gruppen aber gibt es sicher noch viele hereditäre Einheiten, teils als ganz selbständige Krankheitsindividuen, die in die größere Gruppe einzureihen nur gewisse Ähnlichkeiten berechtigen, teils als familiäre Nuancierungen einer bestimmten, größere und ausgiebigere Schwankungen erlaubenden nosologischen Einheit. Konnte doch Frau Dr. MINKOWSKA in einer (noch nicht publizierten) mehrere hundert Familienglieder umfassenden Studie nachweisen, daß ein Krankheitsbild, das in seiner Erscheinung eine „Mischung" oder einen „Übergang" zwischen Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein repräsentierte, in Wirklichkeit eine Einheit war, die sich in ihrer ganzen Eigentümlichkeit vererbte.

Natürlich gibt es noch viele andere Schwierigkeiten. Ein Geschlecht von lauter Idioten kann nicht existieren, weil es sich nicht fortpflanzen könnte. Dagegen gibt es mehrere Formen hereditärer Idiotien (ich spreche nur von den in der familiären Anlage begründeten, nicht von den durch Krankheiten erzeugten): die meisten Glieder sind gesund, einzelne idiotisch, oder: die meisten Glieder leiden an anderen Eigentümlichkeiten und Krankheiten, einzelne an Idiotie, oder: alle sind verstandesschwach und die Idioten in der Familie erscheinen bloß als eine Steigerung der familiären Anlage usw.

Man hat in neuester Zeit versucht, die MENDELschen Regeln auf die hereditären Geisteskrankheiten anzuwenden, und wahrscheinlich machen wollen, daß sich diese nach MENDELschem Typus rezessiv vererben. Aber die theoretischen und praktischen Schwierigkeiten sind viel zu groß, als daß schon jetzt etwas Brauchbares herausgekommen wäre. Wir verstehen noch lange nicht, worauf es ankommt. Bei den unendlichen Schattierungen der krankhaften Anlagen von der leisen Charaktereigentümlichkeit bis zur ausgesprochensten Geisteskrankheit können wir uns vorläufig ohne den Begriff der intermediären Vererbung nicht helfen, und die geringe Kinderzahl der Menschen und die lange Dauer einer Generation erschweren die Übersicht bei diesen Studien in ganz besonders hohem Maße. Bei manchen Psychosen, vor allem der Schizophrenie, ist kaum ein einzelnes Gen als Grundlage der Vererbung zu erwarten, sondern mehrere Anlagen werden zusammentreffen müssen, um die Krankheit in die Erscheinung treten zu lassen.

Außer von dieser dauernden Familienanlage spricht man von „Degeneration". Das Wort bezeichnet sehr verschiedene, aber sehr unklare Begriffe, was aber den meisten so wenig zum Bewußtsein kommt, daß sie sich gar nicht darüber äußern, sondern heimlich den einen in den andern übergehen lassen oder auf einmal den einen durch den andern ersetzen. Man kann diese Begriffe in vier Klassen ordnen, zwei familiäre und zwei individuelle:

1. Man nimmt an, daß Familien durch die verschiedenen Generationen herunterkommen und immer untüchtiger werden und schwerere Formen von Geisteskrankheiten erzeugen, bis sie aussterben. MOREL hat sogar gemeint, das geschehe mit einer Regelmäßigkeit, die erlaube, für jede der vier letzten Generationen bestimmte Krankheiten anzugeben; die letzte wäre die Idiotie, bei der die Familie ausstirbt. In Wirklichkeit fehlt diese Gesetzmäßigkeit, und wir können weder über Degeneration noch über Regeneration etwas Rechtes sagen; auch stellen sich die klaren und für gewisse Verhältnisse feststehenden MENDELschen Vorstellungen in einen noch ganz unausgleichbaren Gegensatz zu solchen Anschauungen.

2. Man ist aber auch seit langem gewohnt, ohne Rücksicht auf Progressivität der Anlage, Familien, in denen Geisteskranke häufig vorkommen, als degenerierte zu bezeichnen, besonders dann, wenn auch gesunde Mitglieder auffallende Eigentümlichkeiten aufweisen.

3. In Anlehnung an diesen Begriff werden beim Einzelnen konstitutionelle Eigentümlichkeiten als „degenerative" bezeichnet, wobei man sich meist den Anschein gibt, wie wenn damit ein umschriebener Begriff gebraucht würde. Es werden aber die verschiedensten Abweichungen vom Normalen in allen Richtungen so genannt, soweit sie nicht in eines der bekannten Krankheitsbilder eingereiht werden. In diesem Sinne sind alle belasteten Familien und ihre einzelnen (abnormen) Glieder Degenerierte.

(Eine Verquickung von 2 und 3 ist der Degenerationsbegriff MAGNANS.)

4. Dann gibt es degenerative Psychosen, die auch wieder in zwei ganz verschiedene Klassen zerfallen: a) solche, die die Eigentümlichkeiten von 2 und 3 zeigen, die aus einer abnormen Konstitution herauswachsen, oder von denen man es annimmt (Paranoia, „periodische Formen"), oder wo schwere Charaktereigentümlichkeiten als Ursachen oder Begleiterscheinungen des „eigentlichen" Krankheitsbildes sichtbar werden (degenerative Hysterien). b) Solche Krankheiten, die die Neigung haben, zu „degenerieren", d. h. dauernd schlimmer zu werden, in Blödsinn auszuarten (unsere Schizophrenien, soweit sie wirklich in Blödsinn übergehen).

Mit einem solchen Begriffe der Degeneration und dessen Bezeichnung zu operieren, sollte man vermeiden.

Die Rasse ist sowohl für die Entstehung wie für die Gestaltung der Krankheiten wichtig, wenn wir auch darüber noch recht wenig Bestimmtes wissen. Am meisten Geisteskranke überhaupt finden wir in den jetzigen Kulturrassen; ob und inwiefern aber mehr entstehen oder mehr am Leben erhalten werden, und wieviel die Schädigung der natürlichen Auslese ausmacht, ist noch gar nicht untersucht. Manche Völker (Nordafrikaner, Abessinier, Südslaven, Türken, Australneger) sind ganz oder hochgradig immun gegen Paralyse, obschon die Syphilis bei ihnen häufig ist; unsere Vorfahren vor mehr als vier Generationen waren es aber offenbar auch, und anderseits werden die uns viel weniger verwandten Japaner jetzt ebenso paralytisch wie wir. Der verschieden starke Alkoholgenuß erklärt nicht alle diese Unterschiede. Dementia praecox, Epilepsie und auch Idiotien scheinen bei niederen Rassen vorzukommen wie bei uns, die erstere allerdings in etwas anderen Formen. KRAEPELIN fand bei Malayen Abwesenheit der katatonen Formen; ich konnte bei Negern und Indianern das nämliche konstatieren, soweit es Erscheinungsweisen betrifft, die sich bei einfachem Gange durch die Anstalten und im Gespräch mit den Ärzten und Oberwärtern als ausgesprochene Katatonien manifestieren. Auch der Selbstmord kommt hier sozusagen nicht vor, während gerade die germanische Rasse und hier wieder die Sachsen besonders häufig an Suizidtrieb leiden. Juden sind, wie man sagt, zu Geisteskrankheiten, namentlich zu manisch-depressivem Irresein und Psychoneurosen, besonders disponiert; nach einem sehr erfahrenen älteren Psychiater wurden sie nicht paralytisch, bis sie „die christlichen Sitten und christlichen Champagner" annahmen;

überhaupt sind Rasse und Lebensweise, resp. Kultur, schwer voneinander zu trennen (vgl. unten amerikanische Neger).

II. **Blastophthorie.** Offenbar kann auch bei guter Anlage der Eltern ein Keim in seiner Entwicklung so geschädigt werden, daß der Nachkomme (geistes)krank wird. Man schreibt solche Einwirkungen namentlich schwächenden Krankheiten und Giften (Alkohol!) und Infektionen zu. Bei letzteren, unter denen die Syphilis vornehmlich in Betracht kommt, ist aber Übertragung der Krankheit auf das Kind und Keimverderbnis noch nicht recht auseinanderzuhalten. Auf diesem Gebiete stehen vielen Behauptungen wenige sichere Tatsachen gegenüber.

III. **Keimmischung.** Es gibt einzelne Fälle, die zu beweisen scheinen, daß eine unpassende Mischung gesunder Keime („Keimfeindschaft") Krankheiten erzeugen kann (ein Ehepaar zeugte nur Mikrozephale, während jeder der einzelnen Eltern mit einem andern Gatten gesunde Kinder bekam). Dann äußern sich starke Unterschiede in den Charakteranlagen der Eltern nach allem, was wir wissen, in einer gewissen Unausgeglichenheit des Nachkommen, die allerdings in einzelnen Fällen die Grundlage und der Antrieb zu großen Leistungen, namentlich künstlerischen, werden kann, aber in der Regel doch eine unangenehme und leicht ins Neurotische ausschlagende Beigabe zum Leben ist. Noch schlimmer macht sich oft die Mischung von Rassen, auch nahestehender, geltend, obschon wenigstens bei oberflächlicher Massenbeobachtung die westindischen Neger, denen doch ein weißer Einschlag sehr gut anzusehen ist, eine so lebensgenußfähige, von allem Verantwortungsgefühl unbelastete Gesellschaft sind, daß man sich im Ernste fragen muß, ob nicht wir die ungeratene Abart der Menschheit bilden.

Viel gefürchtet wird auch Verwandtschaft der Eltern (Inzucht). Es stellt sich aber heraus, daß entgegen der Erfahrung der Tierzüchter, die eben mit viel mehr Generationen rechnen, unter menschlichen Verhältnissen eine Schädigung durch Verwandtenehen nicht nachweisbar ist, wenn nicht eine gemeinsame Anlage zu Krankheit sich in vulgärem Sinne summiert oder in MENDELschem Sinne kumuliert. Inka, Pharaonen, Ptolemäer pflanzten sich in zahlreichen Generationen durch Geschwisterehe fort, und eine Verwandtenheirat innerhalb einer gesunden Familie bietet jedenfalls für die Kinder bessere Chancen als die Aufnahme zweifelhaften oder gar kranken fremden Blutes. Immerhin mahnen die Häufungen von Taubstummheit und Optikusatrophie bei Verwandtenehen zu einer gewissen wenigstens theoretischen Vorsicht.

IV. **Fötale Erkrankungen.** Auch der Embryo kann durch Krankheiten der Mutter, Mangel an Platz im Becken, durch Traumen, dann aber durch intrauterine Krankheiten geschädigt werden, so daß er als Idiot oder Psychopath auf die Welt kommt. Inwiefern psychische Einflüsse auf die Mutter dem Fötus schaden, ist wissenschaftlich nicht festgestellt. Jedenfalls können Kummer und andere chronische Verstimmungen die Ernährung stören, und es kann ein psychischer Schock — wohl via Krampf der Uterusgefäße — dem Fötus so bemerkbar werden, daß er in wilden Bewegungen mit Lageveränderung sich austobt, wobei Schädigungen verschiedener Art denkbar sind.

Die Kategorien I bis IV werden oft als „endogene Ursachen" bezeichnet. Wirklich endogen ist aber nur I, die pathologische Keim-

anlage; die übrigen sind wenigstens in bezug auf die Familie exogen, und in bezug auf das Individuum mag man sie nennen, wie man will. — Bei Hereditätsstudien wurden bisher meistens auch alle vier Kategorien zusammengeworfen. Es ist sehr wichtig für die zukünftige Forschung, daß man dies nicht mehr tue.

Bezeichnet man als „belastet" alle Leute, welche in ihrer Verwandtschaft (Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister, Elterngeschwister) Glieder haben, die an Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht, Apoplexie, abnormem Charakter leiden oder sich das Leben genommen haben, so sind nach DIEM[1]) von den Gesunden 67 Proz., von den Geisteskranken, die in die Anstalten kommen, 78 Proz. belastet. Der Unterschied wird aber sofort größer, wenn man nur die Belastung mit Geisteskrankheit (7:38 Proz.) oder mit abnormen Charakteren (10:15 Proz.) zählt, und noch größer, wenn man diese Kategorien bloß auf die direkte Belastung (durch die Eltern) anwendet, indem die Gesunden nur 2 Proz. geisteskranke Eltern haben gegen 18 Proz. bei den Geisteskranken, und in 6 Proz. abnorme Charaktere gegen 13 Proz. Apoplexien und Nervenkrankheiten kommen in den Familien Geisteskranker weniger vor als in denjenigen Gesunder.[2])

Von der erblichen Belastung wird heutzutage mehr gesprochen als gut ist, obschon Rücksicht darauf nicht genommen zu werden pflegt; viele Leute erschweren sich geradezu das Leben, indem sie der Belastung wegen fürchten, krank zu werden oder es zu sein. Nun sind die Familien, wo die Mehrzahl der Glieder krank wird, doch Seltenheiten. Ferner ist eine Art Regeneration möglich, wenn wir auch über diesen Begriff uns durchaus nicht klar sind, und vor allem ist der Unterschied zwischen den als belastet geltenden und den als gesund geltenden Familien nicht so groß, weil bei genauem Zusehen auch in den letzteren gewöhnlich Abnormitäten zu finden sind. Man vergesse auch nicht, daß viele Krankheiten gar keine belastende Bedeutung haben, so die meisten erworbenen Idiotieformen und die Paralyse. Ferner ist ein krankes Familienglied aus einer sonst gesunden Familie auch als Elter meist weniger gefährlich als ein relativ gutes aus einer sonst schwer betroffenen Familie. Die Ausnahme kann im ersteren Fall durch eine erworbene Krankheit bedingt sein, im letzteren eine zufällige Aberration nach oben darstellen; beide Variationen sind nicht samenecht. FOREL hat für Fragen der hygienischen Heiratsfähigkeit das Risiko so umschrieben, daß eine Familie, in der zwar Geisteskranke vorkommen, die sich aber trotz allem auf der Höhe hält, nicht zu fürchten sei, während Glieder einer niedergehenden Familie nicht heiraten und nicht geheiratet werden sollten.

V. Die **exogenen**, das Individuum treffenden Ursachen schaffen teils eine Disposition, teils bringen sie die Krankheit zum Ausbruch, sei es als notwendige Folge (Kohlenoxyd) oder als Anlaß (psychische Ursachen) oder als eine von verschiedenen notwendigen Bedingungen der

[1]) Die psycho-neurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1905.

[2]) Die Unterschiede in der Belastung sind in Wirklichkeit deshalb ein wenig größer, als diese Zahlen angeben, weil in den Familien Geisteskranker jeweilen der geisteskranke Proband nicht gezählt wird, während ein gesunder Proband überhaupt nicht in Betracht kommt.

Krankheit (Syphilis bei Paralyse). Es ist ferner im Auge zu behalten, daß zwar oft einzelne Ursachen bestimmte Krankheitsbilder erzeugen (z. B. traumatische Neurosen; Alkoholismus, Paralyse), daß aber je nach Disposition und Konstellation anderer mitwirkender Bedingungen durch die nämlichen (Haupt-)Ursachen verschiedene Krankheitsbilder erzeugt und veranlaßt werden (verschiedene traumatische Neurosen, Hysterie und Neurasthenie bei gewissen Konflikten; verschiedene alkoholische Formen; die nämliche psychische Einwirkung kann beim einen eine Schizophrenie, beim andern eine Neurose, beim dritten einen manischen Anfall auslösen). Es kann aber auch je nach der Disposition die Ursache gleichgültig sein (der Schizophreniekandidat kann durch einen psychischen Einfluß oder durch ein Fieber ausgesprochen schizophren werden; die epileptische Anlage kann wahrscheinlich ebensowohl durch ein Trauma wie durch Alkoholvergiftung zu ausgesprochener Epilepsie entwickelt werden). Aus den Beispielen sieht man, daß zwischen verursachenden und bloß auslösenden Bedingungen kein scharfer Unterschied zu machen ist; aber wir müssen uns klar sein, daß es doch etwas anderes ist, wenn bei einem Gesunden eine Schreckneurose oder eine Kohlenoxydvergiftung erzeugt wird, als wenn beim latenten Schizophrenen oder beim Manisch-depressiven durch einen psychischen Einfluß die Krankheit „manifest“ wird. Aber Zwischenfälle machen es unmöglich, eine scharfe Trennung durchzuführen.

Unter den exogenen Ursachen ist auch die Unterlassung des Stillens mit der natürlichen Nahrung zu erwähnen[1]), obschon wir auch hier gern noch Bestimmteres wissen würden.

Dann kommen alle Krankheiten, die direkt das Gehirn angreifen, Traumen, und in der Kindheit vor allem die Polienzephalitis und die Meningitis in Betracht, die Oligophrenien, Psychopathien, Epilepsien und organische Krankheiten erzeugen. Sklerosen, Tumoren und andere Hirnkrankheiten verursachen verschiedene Bilder. Infektionskrankheiten können das Gehirn in seinem anatomischen Bestand verändern (Hirnlues, Paralyse, Enzephalitiden, Lyssa) oder durch Vergiftung auf dessen Funktion wirken (Fieberpsychosen, die Formen des „Delirium acutum“), oder indirekt seine Ernährung stören (luische Gefäßerkrankungen). Infektionskrankheiten können außer den Fieberpsychosen wahrscheinlich schizophrene Schübe auslösen.

Andere Krankheiten des Körpers (die meinetwegen in bezug auf das Gehirn exogen sind) verursachen nicht selten Geisteskrankheiten: Karzinomdyskrasie und vielleicht auch Magendarmstörungen können Verwirrtheitszustände erzeugen; der Diabetes scheint Depressionen zu begünstigen und kann durch die neuritischen Prozesse im Gehirn Korsakow und auf dem Wege über Azetonvergiftung deliriöse Zustände hervorbringen (natürlich ist er außerdem häufig nur Parallelerscheinung der Geisteskrankheit, z. B. bei organischen Hirnkrankheiten). Hypofunktion der Schilddrüse macht Myxödem und Kretinismus, eine gewisse (komplizierte) Überfunktion Basedow-Psychosen. Auch die übrigen Blutdrüsen haben Beziehungen zur Psyche, die aber noch lange nicht genügend bekannt sind.

---

[1]) Bunge, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. 7. Aufl. Reinhard, München 1914.

Von äußeren Vergiftungen ist namentlich die mit Alkohol zu ennen, die bei uns ca. 20 bis 40 Proz. der männlichen Anstaltsaufnahmen erursacht und wohl 10 Proz. der Männer draußen zu Alkoholikern acht[1]), aber auch andere Psychosen kompliziert, mitbedingt oder verhlimmert, so namentlich die Epilepsie, die traumatischen Neurosen, e Paralyse (von einem Einfluß auf die Nachkommenschaft war Abhnitt II die Rede). Eine ähnliche, wenn auch numerisch unendlich ringere Rolle spielen Äther, Opium, Morphium, Kokain. Andere hier Betracht kommende Gifte sind Blei, Kohlenoxyd, das Pellagragift, rgotin. Einzelne wollen auch hier den Tabak anschuldigen, wahrheinlich fälschlicherweise. Ähnlich wie Gifte wirkt der Mangel an itaminen (Beri-Beri).

Von anderen Krankheiten sind die der Sinnesorgane, namentlich ie des Gehörs zu erwähnen, die mehr auf psychischem Wege Schaden iften (paranoides Mißtrauen und Reizbarkeit infolge von Schwerhörigeit), Herz- und Gefäßkrankheiten, die zu Angstzuständen und Hirntrophien Anlaß geben, Nierenkrankheiten, auf denen oft die Amentia eruht.

Auch die Erschöpfung[2]) soll Geisteskrankheiten hervorbringen; denfalls macht Hunger im letzten Stadium Delirien. Ob die viel geannte Überanstrengung Geisteskrankheit bewirken kann, ist sehr aglich; gewöhnlich deckt sie in höflicher Form unsere Unkenntnis der rsachen zu (ein guter Arzt arbeitet ja viel mehr als die meisten der ranken, die ihn wegen Überanstrengung aufsuchen). Eher liegt in der krankhaften Erschöpfbarkeit" eine Bedingung zu Psychosen. Meist ber sind es affektive Schwierigkeiten, die die „Nervenkraft aufzehren", ler die sich einschleichende Schizophrenie täuscht den Kranken ein efühl von Anstrengung und Überanstrengung vor.

Von den Lebensverhältnissen wäre das Klima zu nennen; ir kennen aber seine Einflüsse noch nicht. Von dem sogenannten ropenkoller steht nicht einmal fest, inwiefern er wirklich bloß durch e Hitze und inwiefern durch Alkoholgenuß und durch andere Krankeiten und durch das Gefühl, unter Wilden unumschränkter Herr über eben und Tod zu sein (eine Art Zäsarenwahnsinn) ausgelöst wird.

Der Beruf gibt zu Vergiftungen Anlaß (Angehörige des Alkoholwerbes werden leicht Alkoholiker, Heilpersonen Morphinisten). Im ilitär erkranken manche Psychopathen, weniger wegen der Anstrenıngen als aus psychischen Gründen. Manche Berufe sollen zur Geistesankheit disponieren (Schullehrer, Schauspieler). Es ist aber wohl eist so, daß gefährdete, resp. psychopathische Leute gewisse Berufe it Vorliebe ergreifen, ebenso wie die „Beruflosigkeit", die Landstreierei, nur von krankhaften oder kranken Individuen gewählt wird.

Dem Zivilstand nach sind unter den Geisteskranken sehr viele dige, und es ist möglich, daß das geregeltere Leben der Ehe in sexueller ıd sonstiger Beziehung ein wenig vor Erkrankung schützt. Doch ist beachten, daß einmal die Hälfte aller Kranken, die Oligophrenen, rer Krankheit wegen nicht heiratet; ebenso die früh erkrankenden

[1]) Schweizerische Statistik. Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin 1903 und . Monatsschr. zur Bekämpfung der Trinksitten 1904, S. 183.

[2]) Erschöpfung ist nach KRAEPELIN zu starker Verbrauch oder ungenügender Ersatz tätigen Substanzen, Ermüdung: Anhäufung von lähmend wirkenden Zerfallstoffen.

Schizophrenen. Andere heiraten ihrer Abnormität wegen nicht, und wer geschieden wird, ist recht oft nicht normal. So bleiben nur noch die Verwitweten, die eine Gefahr des Ledigseins demonstrieren könnten und diese sollen wirklich häufiger erkranken als Verheiratete.

Erfahrungsgemäß ist die sogenannte Kultur eine der wichtigsten Brutstätten der Geisteskrankheiten. Je „höher" sie steht, um so mehr Kranke konstatiert man. Zum Teil ist das natürlich Täuschung, weil die von ihr geforderte Sorge für die Hilflosen diese eben nicht zugrunde gehen läßt, wie es unter natürlichen Umständen der Fall ist. Jedenfalls aber begünstigt die Art unserer Kultur die krankmachenden Agenzien des Alkohols und der Lues, und in Amerika machte man die Erfahrung, daß die Neger, die als Sklaven keinen nennenswerten Prozentsatz von Geisteskranken hatten, um so mehr erkranken, je mehr sie sich der Lebensweise der Weißen annähern, und daß sie die Morbidität ihrer Vorbilder erreichen, wenn sie, wie in den Nordstaaten, die nämliche Lebensweise angenommen haben. Ferner ist es doch wohl nicht anders möglich, als daß die Unterdrückung der natürlichen Auslese allmählich die Abnormen vermehrt. Was die Neurosen und manifesten Psychopathien betrifft, so müssen sie unter komplizierten Lebensverhältnissen, da wo man ein Gewissen und ein Verantwortlichkeitsgefühl hat und beständig braucht, selbstverständlich mehr — sagen wir in die Erscheinung treten als bei sorglosen und unbekümmerten Leuten. Daß diejenigen, welche das Parvenuleben einer Großstadt-West führen, dabei einen Rassenselbstmord begehen, wußte man schon lange; der Weg aber vom Normalen bis zum Aussterben wird wohl zum Teil über geistige Degeneration führen. Ferner sehen wir an den Tieren, daß die Domestikation zu großen Schwankungen auf allen physiologischen Gebieten führt. Analog werden wir um so mehr Anomalien, die auch das psychische Gebiet betreffen, erwarten müssen, je mehr der Mensch seine Verhältnisse künstlich gestaltet. Wichtig, wenn auch schwer zu werten, wird der Umstand sein, daß die Erziehung jetzt unendlich klippenreicher ist als in primitiven Zeiten, wo die Kleinen keine Vorhänge beschmutzen und keine Büsten herunterreißen konnten.

Es ist natürlich hier nicht der Platz, näher auf die komplizierten Verhältnisse der beliebtesten künstlichen Verschlechterung der Rassenhygiene, der in der Großstadt, einzugehen; es genügt zu wissen, daß die Geisteskranken mit der Dichte der Bevölkerung zunehmen.

Von jeher hat man große Bedeutung den sexuellen Verhältnissen zugeschrieben, und es ist nicht zu leugnen, daß einmal eine Gonorrhoe bei einem Gymnasiasten, der noch ein Anstandsgefühl hat, eine Depression auslöst, die als krankhaft bezeichnet werden muß. Krankheiten der weiblichen Genitalien werden noch mehr angeschuldigt und dafür auch operiert — aber ohne gültigen Beweis. Am schwersten wird die Onanie angeklagt, die alle Neurosen und manche der schwereren Geisteskrankheiten verursachen soll, und die Kranken selbst unterstützen gerne diese Ansicht. Wir sehen aber, daß sie von sorglosen Geisteskranken und moralisch defekten Leuten ohne sichtbaren Schaden in unglaublich hohem Maße getrieben wird. Ein direkter körperlicher Schaden ist also kaum nachzuweisen. Es wird sich etwa folgendermaßen verhalten Sie ist eine widernatürliche Befriedigung des für den Menschen wichtigsten instinktiven Triebes, die sehr leicht ausgeübt werden kann und deshalb nicht nur zu Übertreibungen verleitet, sondern den Be-

stand der Rasse gefährden würde, wenn nicht Hemmnisse dagegen bestünden. Es ist also begreiflich, wenn unsere Instinkte so eingerichtet sind, daß unser Fühlen sich dagegen sträubt. Dieses Gefühl wird unterstützt durch sittliche und religiöse Gebote und vielleicht am meisten, wenn auch in nur schädlicher Weise, durch eine Literatur, die dem Heranwachsenden die Folgen des Lasters in den schrecklichsten Farben schildert, um mit Heilmitteln Geld aus ihm herauspressen zu können. So sehen wir, wo Angstzustände und Versündigungsideen auftreten, gewöhnlich auch die Selbstbeschuldigungen wegen Onanie im Vordergrund, wenigstens des Denkens, wenn auch nicht immer der Äußerungen; die Onanie wird zur Sünde katexochen[1]), und wir sehen ferner, daß die Angst, sich geschadet zu haben, die Ursache von manchen neurotischen Zuständen wird, die sich bessern können, sobald man diese Angst wegnimmt. Natürlich ist auch der fruchtlose Kampf gegen die üble Gewohnheit und die dadurch erzeugte Herabsetzung des Selbstgefühls ein schwer schädigendes Moment. Die Onanie ist indessen oft ein Zeichen von Krankheit, so immer, wenn sie übertrieben oder in der frühen Kindheit oder in schamloser Weise ausgeübt wird.

Mit einer gewissen Emphase wird heutzutage auch die sexuelle Enthaltsamkeit als Ursache von Neurosen und sogar Geisteskrankheiten genannt — aber auch wieder ohne jeden Beweis. Die Töchter mancher Stände, die katholischen Geistlichen und auch andere keusche Leute leisten eigentlich schon genug Gegenbeweise; aber allerdings gibt es leider immer mehr soziale Zustände, wo wenigstens im männlichen Geschlecht nur Psychopathen keusch bleiben. Wenn dann von diesen manche erkranken, so ist es doch wohl unrichtig, die Enthaltsamkeit anzuschuldigen.

Von den sexuellen Vorgängen hat die Menstruation eine gewisse kausale Bedeutung für die Psychosen. Selten einmal ist der Beginn der Reife durch vorübergehende dämmerige oder schizophrenieartige Zustände markiert, die sich wenige Male in der Periode entsprechenden Zeiträumen wiederholen, aber mit regelrechtem Einsetzen der Blutungen verschwinden, ohne irgendwelche psychopathischen Spuren zu hinterlassen. Später soll sich die bei „Normalen" nicht seltene menstruelle Verstimmung zu einem Grade steigern, den man als melancholische Depression bezeichnen kann; jedenfalls fallen Suizide von Frauen auffallend häufig in diese Zeit. Auch Verwirrtheitszustände sollen vorkommen (mit oder ohne impulsive Handlungen). Außerdem kann die Periode ziemlich regelmäßige Anfälle des manisch-depressiven Irreseins auslösen, während bestehende Psychosen sehr häufig zu dieser Zeit vorübergehend exazerbieren. Aber es ist eine deutliche Verwechslung von Ursache und Wirkung, wenn man schon das im Beginn einer akuten Psychose so gewöhnliche Aussetzen der Blutungen als Ursache der Geisteskrankheit hinstellt. Ein „menstruelles Irresein" in irgendeinem bestimmten Sinne ist trotz verschiedener Bemühungen nicht festgestellt worden.

In der Schwangerschaft treten häufig Depressionen auf, die mit der Geburt wieder verschwinden; manchmal verstärkt sie auch eine bestehende Schizophrenie. Im Wochenbett sollen Amentiafälle infolge

[1]) Bleuler, Der Sexualwiderstand, Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen, Bd. V, 1913.

von Erschöpfung, Blutungen, Infektion auftreten. In meiner Erfahrung handelte es sich fast immer um manifest werdende oder exazerbierende Schizophrenien, deren Auslösung meist auf psychischem Wege zu erklären war. Auch ein manisch-depressiver Auftritt kann durch die Geburt ausgelöst werden. Eigenartige „Puerperalpsychosen" gibt es nicht.

Zur Zeit des weiblichen Klimakteriums zeigt sich eine leichte Häufung von Exazerbationen verschiedener Psychosen; auch bringt es eine besondere Neigung zu Depressionen mit sich. Etwa ein Jahrzehnt später sehen wir auch bei Männern leichte, aber lange dauernde heilbare Depressionen, die der Involution angehören (Klimakterium virile). Die früher nicht seltenen eigentlich klimakterischen Psychosen bei Frauen sind aus der Literatur der letzten Jahre verschwunden.

Im übrigen hat das Geschlechtsleben manches mit der Verursachung der Geisteskrankheiten (namentlich der Psychoneurosen) auf psychischem Wege zu tun; wir sind aber über den Grad und die Art seiner Wirkung noch lange nicht im klaren (über die FREUDschen Anschauungen vgl. einige Bemerkungen im Kapitel über Hysterie).

Unter den sonstigen psychischen Ursachen darf die Erziehung nicht übersehen werden, wenn wir auch hier noch viel mehr im Dunkeln tappen als angenehm ist. Jedenfalls in bezug auf die Neurosen können Erziehung und Beispiel sehr viel schaden und nützen. Erziehung zur Selbstbeherrschung, zur Beachtung der entfernteren, aber höheren Ziele, zur Scheu krank zu sein, und zu den vielen schönen Dingen, von denen man in diesem Zusammenhang beständig redet, können gewiß bei mittelschwerer Anlage die Neigung zu Neurosen stark herabsetzen, während Gewöhnung in entgegengesetzter Richtung auch das Gegenteil bewirkt.

Im späteren Leben sind es nur affektive, stark oder lange das Gemüt erschütternde Einwirkungen, die als Ursachen von Neurosen und Psychosen in Betracht kommen. Inwieweit Kummer und Sorge eigentliche Psychosen hervorrufen, weiß man noch nicht recht; jedenfalls wird ihre Rolle vom Laien überschätzt, während Unbefriedigtsein, Gefühl des verfehlten Lebenszieles und vor allem erotische Schwierigkeiten (im weiteren Sinne) Neurosen aufflackern und Psychosen exazerbieren lassen. Bei Psychopathen können Schreck, Zorn, Verzweiflung, Aufregung mit blindem Wüten und nachheriger Amnesie Stuporzustände hervorbringen (Emotionspsychosen, Angstdelirien), die rasch wieder vorübergehen. Die Haft löst verschiedene psychopathische Zustände, auch paranoiaartige aus. Man spricht auch davon, daß Operationen Geisteskrankheiten hervorbringen. Es ist jedenfalls ungeheuer selten.

Die modernen Unfallgesetze erwecken Begehrungsvorstellungen und sind damit die wichtigsten Ursachen der traumatischen Neurosen im weiteren Sinne geworden. Andere kurzdauernde geistige und nervöse Störungen entstehen bei großen Katastrophen (Erdbeben).

Das Publikum fürchtet häufig die Ansteckung durch Geisteskranke. Sie existiert in dieser Weise nicht. Dagegen können energische Kranke mit ihnen zusammenlebenden anscheinend Gesunden, besonders wenn diese infolge von Blutsverwandtschaft die gleichen Dispositionen haben, ihren Wahn mitteilen, so daß sie auch als krank gelten müssen, bis Trennung vom Ersterkrankten sie wieder in andere Bahnen bringt (induziertes Irresein). Gelegentlich werden allerdings auch ganz Gesunde von geisteskranken Querulanten oder Weltverbesserern mit-

gerissen. So gibt es vom induzierten Irresein alle Übergänge zu den psychischen und nervösen Epidemien (Chorea major, Zitterepidemien in Schulen), die gewiß auch ganz gut angelegte Naturen ergreifen können.

Die Kindheit disponiert zu Hirnkrankheiten, vor allem zur Polienzephalitis. „Kinderpsychosen" sui generi kennt man nicht, wenn man nicht auf kindliche Krankheiten zurückzuführende Oligophrenien, die Paralyse infolge von Erbsyphilis und die in diesem Alter ausbrechenden Epilepsien so nennen will. Auch die Schizophrenie und seltener das manisch-depressive Irresein beginnen etwa in der frühen Jugend. Kinder delirieren bei Intoxikationen und Infektionen verhältnismäßig leicht; gelegentlich zeigen sie dann katatonische Symptome (z. B. Katalepsie), die unter diesen Umständen keine deletäre Bedeutung haben. Ihre Hysterien sind meist monosymptomatisch und haben auch sonst weniger den Charakter einer psychischen Allgemeinkrankheit als die der Erwachsenen.

Mit der Pubertät nimmt die Disposition zu Geisteskrankheiten explosionsartig zu, um da, wo nicht Alkoholismus und Paralyse einen wesentlichen Teil der Erkrankungen ausmachen, vom 25. Jahre an langsam und zwischen 35 und 40 rascher abzunehmen. Jenseits der fünfziger Jahre ist der Prozentsatz der Gesunden größer als der der Kranken, wenn man die Summe je der Kranken und der Gesunden jeden Lebensalters mit 100 bezeichnet.

Eine der Entwicklungsperiode eigentümliche „Pubertätspsychose" kennen wir bis jetzt nicht, wenn man nicht die oben genannten Zufälle vor dem Einsetzen der Menstruation so nennen will.

Im Mannesalter erkranken die Alkoholiker, Paralytiker und Paranoiker, dann aus begreiflichen äußeren Gründen die Traumatiker.

Die Involutionszeit bringt eine kleine Zunahme von schizophrenen Zuständen, eine beträchtlichere von Depressionen und dann einer Anzahl seltenerer Krankheiten, von denen KRAEPELIN einige beschrieben hat. Die Involution ist aber in dieser Beziehung, wie überhaupt, strenge zu scheiden von der senilen Degeneration, wenn schon die beiden Prozesse einander berühren können. Sie ist eine *Um*bildung zu einer anderen Lebensstufe, wie die Pubertät; die normale Matrone ist mehr als zwei Jahrzehnte lang noch ein leistungsfähiger Mensch.

Das Senium dagegen ist eine *Rück*bildung, ein Absterben. Geht die Rückbildung des Gehirns der Rückbildung der andern Organe voraus, so zeigt sich das klinisch in der reinen Form der Dementia senilis. Außerdem sind dem Senium nicht ganz eigentümlich, aber doch vorzugsweise zukommend, die Arteriosklerose und die Presbyophrenie.

Das männliche Geschlecht ist mehr als das weibliche disponiert für Idiotie und Epilepsie, weniger zu den Neurosen und zum manisch-depressiven Irresein. Wenn Alkoholismus und Paralyse in erster Linie die Männer betreffen, so liegt das in ihren Lebensverhältnissen; daß sie diese Lebensverhältnisse bevorzugen, ist wieder im Geschlecht begründet. Im ganzen werden in den Irrenanstalten mehr Männer aufgenommen; der Bestand derselben ist aber meistens geringer als der der Frauen, weil die Alkoholiker rasch wieder entlassen zu werden pflegen und die Paralytiker sterben. Unter den älteren Geisteskranken befinden sich mehr Frauen wegen der größeren Langlebigkeit dieses Geschlechts.

L. Die Behandlung der Geisteskrankheiten im allgemeinen.

Die Behandlung soll hier nur berücksichtigt werden, soweit das Bedürfnis des praktischen Arztes reicht — und soweit ihre Besprechung unabhängig von der Demonstration der Klinik etwas nützen kann. Inbezug auf die Neurosen muß auf die Lehrbücher für Neurologie verwiesen werden[1]).

Für Vorbeugung wird noch sehr wenig getan, und ohne Änderung der allgemeinen Anschauungen und der Gesetzgebung wird sich auch nicht viel tun lassen. Schwerer Belastete sollten sich nicht fortpflanzen. Man hat „soziale Sterilisation" vorgeschlagen; andere haben „den Eingriff in die Menschenrechte" perhorresziert und unnütz gefunden. Viele Kranke und Degenerierte wären aber selbst sehr einverstanden mit der Operation, und wenn die Gelegenheit dazu auch nicht gerade häufig ist, so kann sie doch in einzelnen Fällen etwas nützen. Übrigens ist die Idee ausdehnungsfähig; aber gerade das fürchtet man wieder. Ich fürchte es nicht; denn so lange die jetzt verbreiteten Anschauungen sich nicht gründlich geändert haben, besteht die Gefahr einer Übertreibung fast nur insofern, als die Praxis der Entwicklung der Ideen vorauseilen und dadurch die Maßregel für lange Zeit diskreditieren könnte. Ich würde einmal zwangsmäßig bei den unheilbaren Verbrechern und auf Grund der Freiwilligkeit bei anderen schwereren Psychopathen anfangen und dann allmählich die allgemeinen Anschauungen und die Gesetzgebung nach Maßgabe der Erfahrungen umgestalten. Aber wenn wir nichts tun, als die geistigen und körperlichen Krüppel fortpflanzungsfähig zu machen, und die tüchtigen Stämme ihre Kinderzahl beschränken müssen, weil man so viel für die Erhaltung der anderen zu tun hat, wenn man überhaupt die natürliche Auslese unterdrückt, muß es ohne neue Maßregeln mit unserem Geschlecht rückwärts gehen.

Dann wären einmal die keimverderbenden Einflüsse, wozu ich auch die Wohnungsverhältnisse in den Großstädten rechne, im Ernst anzupacken. „Heilige Pflicht der Ärzte muß es auch sein, den Druck der öffentlichen Meinung allmählich derart zu steigern, daß man sich dazu entschließt, den Kampf gegen Alkohol und Syphilis mit dem gleichen Nachdrucke und dem gleichen Aufwand an Hilfsmitteln aufzunehmen, wie den gegen die Tuberkulose" (KRAEPELIN). Viel energischer als bis jetzt sind auch zu unterstützen alle Bestrebungen zur „Rückkehr zur Natur", aber nicht zu einem Popanz, den man Natur nennt; die volkserhaltende Kraft der Landwirtschaft ließe sich auch in unserem industriellen Zeitalter prophylaktisch nutzbar machen.

Auch die Erziehung könnte wohl etwas ausrichten; wir sehen wenigstens Nervosität und krankhafte Charaktereigenschaften direkt aus der verfehlten Erziehung herauswachsen, müssen also annehmen, daß richtige Einflüsse mit Erziehung des Willens, des Charakters überhaupt, Gewöhnung an Ertragen von Unannehmlichkeiten inklusive Schmerz, Abhärtung (innert vernünftiger Grenzen!) manche nicht allzu schwer

[1]) Vgl. namentlich den Abschnitt über Psychotherapie von MOHR in LEWANDOWSKY, Handbuch der Neurologie. Julius Springer, Berlin.

Belastete vor Siechtum bewahren könnten. Auch eine vorsichtige Berufswahl wird einen gewissen Schutz gewähren.

Bei ausgesprochener Krankheit sind die chronischen Fälle von den akuten zu unterscheiden. Die chronischen sind zum großen Teil zu normalem Verhalten und zu Arbeit zu erziehen; da aber außer den Ärzten noch wenige Leute Verständnis für eine solche Erziehung haben, ist deren Leitung noch Sache der Mediziner. Der Laie, auch wenn er noch so wohlmeinend und intelligent ist, vergißt auch jetzt noch den Unterschied zwischen krank und gesund zu leicht und meint mit Logik und Entrüstung und Entgegenkommen operieren zu können, wie man es bei Gesunden mit Recht tut. Gerade in den Dingen, worauf es ankommt, haben aber Kranke häufig eine falsche Logik, und noch weniger verstehen sie die Entrüstung gegenüber ihren Handlungen, die sie für richtig ansehen; oder kann man Dankbarkeit von ihnen erwarten, wenn sie unsere Aufopferung gar nicht werten oder nur negativ, d. h. als Schikane für sie? Da heißt es vorsichtig die allgemeine Reaktionsweise des Patienten und die spezielle gegenüber bestimmten Personen ausfindig machen und dann so handeln, wie es für die Situation am besten scheint, nicht wie „Gerechtigkeit" oder Ärger oder gefühlsduseliges Mitleid es eingeben möchten.

Zur Erziehung ist Arbeit das beste Mittel. Wer sich dafür oder zu derjenigen Arbeit, die er noch leisten könnte, für zu gut hält, ist zu schlecht dazu.

Manche leichtere chronische Fälle kann man mit sehr gutem Erfolg in eine psychiatrische Poliklinik schicken, die von Zeit zu Zeit den Kranken wieder aufrichtet, wenn nötig irgendein Mittel anwendet und namentlich auch dafür zu sorgen sucht, daß die äußeren Verhältnisse erträgliche sind.

Bei akuten Krankheiten ist der Heilungszweck im Vordergrund; nur können wir leider nicht so viel dazu tun, wie wir gerne möchten. Im einzelnen hat die spezielle Psychiatrie die notwendigen Regeln zu geben.

Eine wichtige Frage ist die, welche Kranke der Irrenanstalt zu übergeben sind. Natürlich alle, die man draußen nicht halten kann, weil sie für sich oder für andere zu gefährlich oder zu störend sind. Dann wird man manche nur in der Anstalt richtig behandeln können wegen ihres oder zum Teil auch ihrer Verwandten Widerstandes gegen eine ordentliche Erziehung. Da wo die Hauptindikation die Gefahr für das Vermögen ist, kann unter Umständen eine Entmündigung den Anstaltsaufenthalt ersetzen oder abkürzen. Gar nicht selten sind Kranke zu internieren nicht weil ihr Zustand es direkt verlangt, sondern weil Angehörige sich bei ihrer Pflege aufreiben. Auch ist es gar nicht selten, daß die Familie einen direkt schädigenden Einfluß auf den Kranken ausübt, so daß die Indikation zur Anstaltsbehandlung in den Verhältnissen liegt.

Zur Internierung eines Geisteskranken ist die Erfüllung einer Anzahl Formalitäten nötig, die leider von Staat zu Staat, in der Schweiz von Kanton zu Kanton, noch wechseln. Jeder Arzt, der sich niederläßt, sollte sich nach diesen lokalen Formalitäten erkundigen; will er es erst im Bedarfsfalle tun, so kommt er leicht zu spät. In jedem Falle wird das Zeugnis wenigstens eines Arztes verlangt[1]).

[1]) Manche Anstalten verlangen die Benützung eines bestimmten Formulars, das von ihnen bezogen werden kann.

Dieses ist ein legaler Akt, muß also Datum der Ausfertigung und Unterschrift des Arztes enthalten, ferner natürlich nach Möglichkeit die genauen Personalien des Patienten, Adresse seiner Angehörigen, resp. des Vormundes oder der Armenpflege, die für ihn zu sorgen hat, dann die Diagnose jedenfalls der Geisteskrankheit, wenn möglich der speziellen Form. Doch ist die Erkennung der letztern manchmal bei einer kurzen Konsultation nicht möglich. Geisteskrankheit bedingt aber an sich noch nicht die Internierung. Es ist die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung in jedem Falle ausdrücklich zu begründen (Gemeingefährlichkeit, Nahrungsverweigerung, Selbstmordneigung, Unmöglichkeit richtiger Pflege zu Hause, Erziehung). Selbstverständlich muß der Patient persönlich untersucht worden sein. Wenn nichts anderes gesagt ist, nimmt man an, daß das am nämlichen Tage geschehen sei wie die Ausstellung des Zeugnisses. Zwischen der Untersuchung und dem Eintritt in die Anstalt darf an vielen Orten kein zu langer Zeitraum liegen (bei uns nicht mehr als 14 Tage).

Man schicke ohne ausdrückliche Erlaubnis, die nur wenige Anstalten geben dürfen, niemals den Patienten ohne Zeugnis; die Anstalt muß sonst die Aufnahme verweigern oder einen Arzt zur erneuten Untersuchung kommen lassen, was dem Hausarzt keine Lorbeeren einträgt. Auch vergesse man nicht, zuerst anzufragen, ob die Aufnahme möglich ist. Nicht alle Anstalten sind in der Lage, jederzeit aufzunehmen.

So weit das Administrative. Außerdem sind dem Anstaltsarzte alle die Daten zu geben, die für die Behandlung des Patienten erwünscht sind: äußeres Benehmen, Anwesenheit oder Fehlen besonderer Neigungen oder Triebe, so daß ein harmloser Patient nicht zunächst im Wachsaal beobachtet werden muß, Anamnese, bisherige Behandlung und Erfolge derselben; ob Patient auf dem Transport Narkotika bekommen, welche? in welchen Dosen? (Hyoscin kann eine Pupillenstörung vortäuschen und zu falscher Diagnose führen. Man kann am ersten Tage keine Narkotika anwenden, wenn man nicht weiß, ob Patient erst solche bekommen hat.)

Manchmal hat man nicht Zeit, all das aufzunehmen und zu schreiben. Da schickt man mit dem Patienten ein vorläufiges Zeugnis, das die notwendigen Daten enthält und avisiert den ausführlichen Bericht für den folgenden Tag.

Außerdem sind die Ärzte draußen und die Anstaltsärzte Wissenschafter: wenn es irgend möglich ist, soll man zum Notwendigen das Wissenswerte hinzufügen.

Bei der Einbringung dürfen keine Lügen und keine falschen Vorspiegelungen angewandt werden; das würde eine ersprießliche Behandlung in der Anstalt unmöglich machen und gerade bei Patienten, die etwas auf sich halten, das ganze Verhältnis zu den Angehörigen definitiv trüben. Im Notfall ist lieber Gewalt, resp. ein Schlafmittel anzuwenden, was von den Kranken eher verziehen wird. Gewalt ist aber bei richtigem Vorgehen sehr selten nötig. Ein großer Teil der Kranken läßt sich sonst überreden, wenn man ihnen, ohne selbst aus der Ruhe zu kommen, den Entschluß auf Grund der Notwendigkeit erklärt — aber so bestimmt, daß sie fühlen, es sei überhaupt jedes Diskutieren darüber unnütz, und wenn genug Leute da sind, die imstande wären, auch bei Widerstand den Willen durchzusetzen. Man vergesse nicht, daß es niemals Logik an

sich ist, die den Patienten zum Nachgeben bringt, sondern das Auftreten desjenigen, der die Logik anwendet.

Ist der Kranke in der Irrenanstalt, so hat der Arzt oft als Berater der Familie weiter zu fungieren. Denn nun kommen die Fragen der Verpflegungsklasse, der Besuche, der Herausnahme. Da ist es schwer, allgemeine Regeln zu geben. Zu hüten hat man sich vor Ratgeben ohne genaue Kenntnis des Falles in seinem aktuellen Stadium. Man tut am besten, sich mit dem Anstaltsarzt in Verbindung zu setzen; überhaupt hat in solchen Fällen der kollegiale Takt für den Patienten und seine Familie noch mehr Wert als für das kollegiale Verhältnis. Immerhin soll der Arzt wissen, daß Manisch-depressive häufig zu früh herausgenommen werden, Schizophrene sehr selten, wenn nicht andere Rücksichten als des Kranken Befinden in Betracht kommen. Heimweh ist nur ausnahmsweise eine Indikation zur Herausnahme; meistens ist das, was Patient und Angehörige dafür ansehen, gar nicht Heimweh, sondern es ist eben dem Kranken nirgends wohl, und dann wird die Ursache in der Entfernung von Hause gesucht. Patienten. die geheilt sind, drängen sozusagen nie nach Hause. Das gefürchtete „Zusammensein mit den anderen, schwereren Geisteskranken“ ist manchmal eine Unannehmlichkeit, aber nicht ein Hindernis der Heilung. Sehr schädlich ist es, wenn die Angehörigen bei Besuchen den Kranken Hoffnung auf Herausnahme oder irgend etwas anderes machen, was nachher nicht erreicht werden kann. Besuche schaden überhaupt nicht selten, häufig beunruhigen sie einen akuten Kranken, besonders im Anfang, da er sich an die Anstalt zu gewöhnen hat. Ich möchte da an die kleineren Kinder erinnern, die im Spital fast ausnahmslos das Heimweh nach wenigen Tagen überwunden haben, aber unter der Bedingung, daß sie nicht besucht werden. Die meisten Kranken, namentlich die Chronischen. kann man aber unbedenklich besuchen lassen, wenn der Besucher ein wenig Takt hat.

Nicht leicht ist oft die Wahl der Anstalt. Da, wo nicht die Überfüllung zu sehr überhand genommen hat, sind die Staatsanstalten gewöhnlich diejenigen, die für das geringste Geld das Meiste leisten. Dafür ist natürlich oft weniger Komfort und weniger Rücksicht auf Wünsche und Launen des Einzelnen zu haben. Letzteres kann zwar auch von gutem sein. Für unruhige Patienten sind lange nicht alle Privatsanatorien gut eingerichtet. Manchmal wollen die Angehörigen wegen des „Odiums“ oder aus falschem Stolz die Staatsanstalt meiden und opfern Geld für diese Idee, das besser in anderer Weise angewendet würde, z. B. während des Genesungsstadiums. Aber es ist selbstverständlich, daß gute Privatanstalten namentlich auch verwöhnten Kranken vieles bieten können, was sie in der Staatsanstalt entbehren. Eine stramme Erziehung daselbst durchzuführen ist aber schon schwieriger als unter dem unerbittlichen Gesetz der allgemeinen Anstalt (Vorsicht namentlich bei Entziehungskuren, siehe Morphinismus).

Einzelne Kranke, z. B. Oligophrene und abgelaufene Fälle von Schizophrenie lassen sich oft mit Erfolg in einer Privatfamilie, bei einem Arzt, Lehrer, Pfarrer, erziehen oder auch auf die Dauer unterbringen. An einzelnen Orten ist die Familienpflege auch für die ärmeren Klassen staatlich organisiert und hat sehr gute Erfolge. Die Pfleger sind am besten Bauern oder ehemalige Wärter und Wärterinnen aus den Irrenanstalten.

Gegen die Krankheit selbst kann nur in wenigen Fällen direkt vorgegangen werden (Hirnlues, Epilepsie). Man hat, gestützt auf zufällige Erfahrungen bei Paralyse und namentlich Dementia praecox künstliches Fieber durch Injektion von Bakteriengiften hervorgerufen (WAGNER von JAUREGG). Diese Behandlungsart ist noch nicht spruchreif.

Bei unheilbaren Kranken werden oft noch in der Verlegenheit teure Kuren angeordnet, welche die Familie ökonomisch rückwärts bringen und dadurch eine spätere richtige Verpflegung des Patienten unmöglich machen. Dies ist ein schweres Unrecht. Man vergesse auch nicht, daß heilbare Anfälle meistens in erster Linie durch die Zeit geheilt werden.

Gegen gemütliche Schwankungen hat nur in leichteren Fällen Ablenkung manchmal einige Wirkung. Eine Diskussion über Wahnideen ist fast immer unnütz oder schädlich. Man soll den Kranken gegenüber seinen Standpunkt nicht verhehlen, aber höchstens der Zukunft überlassen, zu zeigen, wer recht hat.

Der Psychotherapie im engeren Sinne[1]) geben die Geisteskrankheiten, abgesehen von den Psychoneurosen, kein sehr dankbares Feld. Manisch-depressive u. ä. heilen vom Anfall, Organische gehen zugrunde, Schizophrene leben ungeheilt weiter. Aber gerade bei den letzteren kommt es sehr darauf an, ob man sie verstehe, sich in sie hineindenken könne, und das vermag nur eine eingehende Beschäftigung mit der Psychopathologie, den Wahn- und Symptombildungen, den Sperrungen und Absperrungen zu geben. Suggestion wird man natürlich, sei es direkt oder larviert, immer treiben, so gut wie sonst in der Medizin und sonst im Leben. Hypnose kann in manchen Fällen vieles erleichtern z. B. bei Residuen, wie Schlaflosigkeit nach Melancholie. Im übrigen ist ihre Bedeutung bei den eigentlichen Psychosen nicht groß, da man, wie FOREL sich ausdrückte, in der Hypnose mit dem Gehirn des Patienten operiert, das hier ein krankhaftes Werkzeug ist. Eines der wichtigsten psychischen Behandlungsmittel aber ist Geduld, Ruhe und inneres Wohlwollen für den Patienten, drei Dinge, die ganz unerschöpfbar sein müssen.

Von bestimmten „Prozeduren" ist bei den Psychosen im engeren Sinne direkt wenig zu erwarten, wenn auch leichtere Fälle etwa in einer Wasserheilanstalt, wo man vorsichtig ist, günstig beeinflußt werden. Mit unvorsichtiger Anwendung von kaltem Wasser kann man entschieden schaden. Dagegen sind Bäder von nahezu oder ganz Körperwärme bei Unruhigen und manchmal auch bei deprimierten Kranken ein wichtiges Hilfsmittel. Aufregungen werden oft im Bad geringer; ein Ermüdungsgefühl ohne wirkliche Herabsetzung der psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit läßt den Kranken zugänglicher werden. Aber auch in den Fällen, wo dieser Erfolg nicht sichtbar eintritt, ist das warme Bad (35 bis 36 Grad C.) ein ausgezeichneter Aufenthaltsort für die Kranken, die sich beständig mit dem Wasser in für sie und andere Menschen und die Gegenstände unschädlicher Weise beschäftigen können. Die Einrichtung der Dauerbäder, die in einzelnen Anstalten auch die Nacht

[1]) D. h. Psychotherapie nach bestimmten „Methoden" (FREUD, DUBOIS, Hypnotismus usw.). Es ist selbstverständlich, daß jeder Irrenarzt „Psychotherapie" in einem weiteren Sinne — ich möchte fast sagen, nicht als solche — treibt.

urch benutzt werden, hat neben den Wachsälen den Unruhigen-Ab-
ilungen der modernen Irrenanstalt ein viel besseres Aussehen gegeben.
uch Deprimierte befinden sich oft besser im Bade; namentlich kann
in warmes Bad, abends genommen, ihren Schlaf befördern.

Häufig werden auch kalte Wickel angewandt, die man warm
erden und 20 Minuten, ja viele Stunden liegen läßt (letzteres nur bei
ehr guter Kontrolle von Temperatur, Aussehen und psychischem Be-
inden). Sie wirken gelegentlich auch beruhigend. Wickelt man aber
ie Arme nicht ein, so werden sie gerade von den Kranken, die sie am
ötigsten hätten, nicht lange geduldet; nimmt man die Arme unter das
'uch, so wird die Maßregel nach meiner und meiner Patienten Auffas-
ung unter medizinischem Mäntelchen das ärgste Zwangsmittel, das es
ibt. Ich vermeide sie deshalb nach Möglichkeit.

Sehr viele Kranke, namentlich deprimierte, dann Schizophrene, die
ich nicht beschäftigen, leichte Manische, befinden sich am besten im
Bett; wollen sie sich da beschäftigen, so ist Lesen, Schreiben, irgend
ine weibliche Handarbeit nicht ausgeschlossen. Jede moderne Anstalt
at eine Anzahl Säle, wo die Kranken unter ständiger Bewachung Tag
ınd Nacht im Bette bleiben; es muß aber dazu eine bestimmte Indi-
ation vorliegen, nicht bloß die, daß „Kranke ins Bett gehören". Bei
'hronischen ist, wenn man die Wahl hat, die Arbeit sehr vorzuziehen.

Sind Kranke sehr aufgeregt oder belästigen und vergewaltigen sie
ndere, so werden sie unter Umständen isoliert. Es gibt heutzutage
Ärzte und gab vor zehn und zwanzig Jahren noch mehr, die die Isolierung
ür eine Grausamkeit ansehen. Mit Auswahl, in richtiger Weise an-
gewandt, halte ich sie oft für einen Segen für alle Teile. Bei Manischen,
lie nicht gerade schmieren, ist sie die Vorzugstherapie. Und in der
Nacht möchte wohl jeder Gesunde lieber in einem Zimmer allein sein,
uch wenn es Zelle genannt wird, als zusammen mit vielen Geistes-
kranken.

Andere Zwangsmittel sind nur höchst selten anzuwenden; aber
wenn eine besondere Indikation ist, z. B. Behandlung eines Knochen-
bruches, halte ich es für unrichtig, wegen prinzipieller Bedenken den
Kranken zum Krüppel werden zu lassen.

Elektrizität, Massage, klimatische Einflüsse können bis
etzt nicht benutzt werden. Auch durch eine bestimmte Ernährungs-
weise wird kaum etwas erreicht; spezielle Nebenindikationen natürlich
usgenommen (vgl. auch die Therapie der Epilepsie). Dagegen sind
tarke Nervina (Kaffee, Tee) zu vermeiden, und vor allem hat der Al-
ohol so viele Nachteile, daß der kleine Nutzen, der ihm da und dort
inmal nachgerühmt wird, nicht in Betracht kommt.

Auf Schlafmittel wird man nie ganz verzichten wollen; in An-
talten muß man sie sogar nicht selten der anderen Kranken wegen
eben, die ein Aufgeregter nicht schlafen läßt. Gewiß ist es um so
esser, je weniger man braucht; aber wenn man vorsichtig ist, d. h. nie
ängere Zeit davon täglich gibt und mit dem Mittel ab-
wechselt, wird man keine unangenehmen Erfahrungen machen. Daß
nan bei Sulfonal und Trional den Urin überwacht wegen der Gefahr der
Blutzersetzung, ist selbstverständlich. Eines der besten Mittel ist immer
och das Chloralhydrat in Dosen von zwei bis drei Gramm (Blutdruck!),
eventuell in kleineren Dosen zusammen mit Morphin; von den neueren

ist Veronal (0,5 bis 1,5, cave Nephritis!) und Veronalnatrium (0,5 bis 1,0) besonders gebräuchlich (letzteres auch als Klysma verwendbar); dann Trional und Sulfonal, von denen das erstere rasch, aber nicht anhaltend, das letztere langsam, aber nachhaltig wirkt und sehr leicht kumuliert. Man kann deshalb auch einmal 1,0 Trional mit 2,0 Sulfonal kombinieren, um eine sofortige und zugleich länger dauernde Wirkung zu haben. Mit Sulfonal kann man bei nicht zu lange dauernden Aufregungen eine gewisse Beruhigung erzielen, wenn man es häufig gibt. (Bei Kumulation treten koordinatorische Störungen ein.) Die angegebenen Dosen, mit Ausnahme der letzteren von Sulfonal und Trional, können bei Patienten, deren Reaktion man kennt, ohne Gefahr überschritten werden. Bei eigentlichen Aufregungen muß man energische Dosen oder gar keine geben; man muß froh sein, wenn überhaupt etwas wirkt. Eines der besten Schlafmittel wäre das Paraldehyd (5,0 pro dosi und mehr, immer per os), wenn es nicht einen so schlechten Geschmack und Geruch hätte; es ist auch in Einzeldosen ganz gefahrlos, darf aber nicht auf die Dauer angewendet werden. Für Klysmata eignen sich Amylenhydrat (2,0 bis 5,0), das namentlich bei Status epileptikus manchmal Erfolg hat; es muß aber gut verdünnt und in Stärkekleister oder etwas ähnliches eingehüllt sein, sonst greift es die Darmschleimhaut an.

Manche empfehlen den Alkohol als Schlafmittel. Er ist das angenehmste, aber der leichten Angewöhnung wegen das gefährlichste und das unwirksamste derselben. Ich glaube nicht, daß es eines Arztes würdig sei, das Angenehmste, aber das Gefährlichste und Unwirksamste zu verschreiben[1]).

Bei nervösen Aufregungen infolge von angreifender Arbeit ist Brom in kleineren Dosen (1 bis 3 Gramm abends auf einmal oder vielleicht noch besser in zwei Malen zu nehmen, aber stark verdünnt) oft ausgezeichnet. Seltener wirkt es bei leichteren Verstimmungen, bei stärkeren gar nicht (vgl. Melancholie).

Opium und Opiate sind keine Schlafmittel. Sie können aber indirekt durch Beseitigung von Angst und psychischem Schmerz beruhigend oder sogar einschläfernd wirken, doch leisten sie bei Psychosen lange nicht das, was ihre Wirkungen bei Gesunden eigentlich erwarten ließen. Sie sind, abgesehen von wenigen Fällen, entbehrlich, und da gerade bei Psychopathen die Gefahr der Gewöhnung an Opiate sehr groß ist, hat man gute Gründe, sie möglichst zu vermeiden. Einem aufgeregten Patienten zur Erleichterung des Transportes in die Anstalt Opiate zu geben, nützt fast nie und geschieht doch immer wieder.

Für solche Fälle ist am besten Hyoszin subkutan in Dosen von 0,8 bis 1 mg (über der Maximaldosis!); wenn man die Reaktion des Kranken kennt und das Mittel frisch ist, kann man auch mehr, bis 1,5 mg, geben. Es wirkt entschieden besser in Kombination mit (der zehnfachen Dosis) Morphium, und bei häufigem Gebrauch kompensiert dieser Zusatz den schädlichen Einfluß des Hyoszins auf die Verdauung. Will man von Hyoszin, wie einzelne empfehlen, kleinere Dosen geben

[1]) Wenn man aus irgendeinem andern Grunde Alkohol als Medikament verschreiben zu müssen glaubt, dann verschreibe man ihn auch wie ein anderes differentes Mittel in bestimmter Dosis und — aus selbstverständlichen Gründen — ohne daß der Patient es weiß; etwa: spir. vin. 30,0, Aq. 130,0, Syr. liquir. 40,0.

etwa 0,3 mg), so kann man auch mehr Morphium hinzutun, z. B. 0,015 g pro Dosis.

Von einzelnen Symptomen, die der Arzt draußen zu behandeln hat, sei noch zu erwähnen die Unreinlichkeit. Man hat namentlich für die unreinlichen Bettlägerigen viele technische Einrichtungen konstruiert und alle wieder verlassen. Das beste ist eben sofortige Reinigung Tag und Nacht nach jeder Entleerung; bei manchen Kranken, namentlich bei nicht Gelähmten, kann man das Schmieren unterdrücken, wenn man ihnen täglich abends, womöglich genau zu gleicher Zeit, ein Klysma gibt und auf Entleerung dringt.

Gegen die Masturbation (vergl. S. 146) hat man früher geglaubt, viel tun zu müssen. Ich habe den Kampf, der nicht nur unnütz ist, sondern auch die Aufmerksamkeit der Anstaltsinsassen auf das Übel gerichtet erhält, schon längst aufgegeben und bin froh darüber. Jedenfalls aber ist dafür zu sorgen, daß onanistische Handlungen nicht öffentlich getrieben werden und die andern nicht ärgern oder anstecken. In Fällen, wo die Patienten selber gegen den Trieb ankämpfen, nützen etwa mittlere Bromdosen (2,0 bis 4,0 pro die).

Die Behandlung der Suizidgefahr siehe bei dem manisch-depressiven Irresein.

Sind Operationen an Geisteskranken vorzunehmen, so ist in der Regel, d. h. wenn nicht Indicatio vitalis ein sofortiges Handeln nötig macht, die Einwilligung der Angehörigen oder des Vormundes, Pflegers, eventuell eines ad hoc ernannten Beistandes einzuholen. Die Praxis ist hier ziemlich mühelos; die theoretischen Klippen sind aber mannigfaltig; es gibt sogar Käuze, die auch dem Handlungsunfähigen die „Verfügung über seinen Körper“ nicht rauben wollen und ihn lieber ums Leben oder ums ganze Bein bringen wollen, als ihm gegen seinen Willen ein paar gangränöse Zehen abzuschneiden. Die Einrenkung einer Luxation, die richtige Behandlung einer Fraktur gehört natürlich nicht zu den „Operationen“ im angeführten Sinne, wohl aber an vielen Orten eine Lumbalpunktion, die im Kanton Zürich nach Erkundigung an der kompetentesten Stelle zu den Manipulationen zählt, die dem Arzt überlassen sind, nachdem man ihm einmal die Behandlung des Patienten anvertraut hat. Jeder Anfänger tut gut, sich in diesen Richtungen genau über die in seinem Sprengel gültigen Gepflogenheiten oder Vorschriften zu erkundigen.

M. Die Bedeutung der Psychiatrie.

Über die Bedeutung der Psychiatrie und ihres Studiums einige Andeutungen. Die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen ist ziemlich groß. Manche meinen, daß etwa zwei Promille der Bevölkerung ausgesprochen geisteskrank seien; dabei sind aber die geisteskrank „Gewesenen“ und die Geistesschwachen, die mehr als noch einmal soviel ausmachen wie die manifest Geisteskranken, und die meisten Epileptiker noch nicht inbegriffen, und es ist unzweifelhaft, daß die Wirklichkeit die Schätzung weit übertrifft. Die genauesten Zählungen ergeben ca. 1 Proz. der Bevölkerung Geisteskranke und Oligophrene. Maier kommt sogar bei Untersuchung von Stellungspflichtigen auf 2 Proz. Deutschland hat nur in seinen Irrenanstalten über 100000 Geisteskranke zu pflegen.

Der pekuniär gewertete Schaden für den einzelnen ist aber nicht geringer als der für die Allgemeinheit. Der Paralytiker, der sich eine Stellung und eine Familie ge-

gründet hat und beides nun zusammenbrechen läßt, ist eine häufige Erscheinung, ebenso der Hebephrene, der ein halbes Jahrhundert lang auf Kosten der Familie und des Staates erhalten werden muß und die erstere ökonomisch darniederhält.

Hinzukommt die eigenartige Bedeutung der Geisteskrankheiten. Nicht nur für die Religionen, auch für die naturwissenschaftliche Betrachtung ist die Psyche das Wesentliche am Menschen. Kräftige Muskeln und feste Knochen sind auch jetzt sehr angenehme Eigenschaften für ihre Besitzer, aber man kann eine Welt dirigieren, ohne überhaupt Arme und Beine zu haben, während eine kleine Störung im psychischen Mechanismus den kräftigsten Menschen in ein bedauernswürdiges Objekt der Pflege oder einen gefährlichen Gegner der Gesellschaft verwandeln kann. Dadurch erhalten die Psychosen ihre soziale Wichtigkeit; sie verbreiten ihren Schaden viel mehr als jede andere Krankheit auch auf weitere Kreise, und den Kranken selbst berauben sie seiner Selbständigkeit in allen seinen Beziehungen zu den Nebenmenschen. Sie verfälschen oder vernichten seine soziale Stellung. Er kann sich nicht mehr durchbringen, er verliert seine Eigenschaft als Rechtssubjekt. So der erkannte Geisteskranke; wird aber der Geisteskranke verkannt, so sind oft für ihn, vor allem aber für die Familie und manchmal für die Allgemeinheit die Konsequenzen noch schwerer. In manchen Fällen bessern sich unerträgliche Verhältnisse mit einem Schlag, wenn die Diagnose gemacht wird.

Daher die große und von vielen gefürchtete Tragweite der psychiatrischen Gutachten.

Und die Bedeutung psychologischer und psychopathologischer Überlegungen wird immer größer. Das Strafrecht, dessen alte Normen den modernen Anschauungen und Verhältnissen nicht mehr gewachsen sind, ist daran, sich neue Waffen zum Kampf gegen die Gesellschaftsfeinde zu schmieden. Das kann in fruchtbarer Weise einzig und allein dadurch geschehen, daß die Verbrecher mit Anwendung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden und der psychiatrischen Voraussetzungslosigkeit studiert und daraus die Konsequenzen gezogen werden. Im bürgerlichen Recht werden die psychischen Bedingungen immer wichtiger; die psychologischen Aufgaben, welche das neue schweizerische Zivilgesetz dem Richter und dem Experten stellt, sind jetzt schon so große und so zahlreiche, daß die Praxis Mühe haben wird, sie zu erfüllen. Eine Jurisprudenz ohne tüchtige psychologische Schulung wird immer unzulänglicher.

Ebenso in anderen Wissenschaften. Unsere **ethischen Instinkte** sind den neuen Verhältnissen nicht mehr gewachsen und werden wie die anderen Instinkte bei zunehmender Kultur ungenügend, ja u. U. schädlich (z. B. der Racheтrieb); die Religionen, die die Ethik seit Buddha als ihre Domäne betrachtet hatten, haben nicht mehr die allgemeine Kraft wie die letzten zwei Jahrtausende. Eine bewußte Ethik aber wird natürlich nur aus einem intimen Studium der Sozialpsychologie des Menschen hervorgehen können.

Die **Geschichte** fängt endlich an, psychologisch und damit zur verstehenden Wissenschaft zu werden; denn gemacht wird sie von der menschlichen Psyche.

Die **Pädagogik** hat bereits angefangen, Nutzen aus einem vertieften Studium der kindlichen Seele zu ziehen.

Unsere **Literatur** ist im letzten halben Jahrhundert unendlich psychologischer geworden, wenn sie auch in dieser Beziehung die französische und russische noch nicht eingeholt hat. Die Poesien und namentlich ihre Schöpfer selbst sind nur durch eingehendes psychologisches Studium wirklich zu verstehen.

Ein wissenschaftlich und praktisch besonders fruchtbares Gebiet ist das Grenzland zwischen Norm und Krankheit. Der Normal- und Durchschnittsmensch ist das Produkt der Anpassung an die Verhältnisse und muß deshalb immer etwas hinter den Bedürfnissen herhinken. Er darf auch nicht eine einzelne Eigenschaft auf Kosten anderer hervorragend entwickeln, denn er ist vornehmlich der physische Stammhalter der künftigen Geschlechter und muß als solcher alle psychischen Gaben, deren die Allgemeinheit bedarf, im richtigen Verhältnis weiter vererben können. Die Kultur aber bringen diejenigen vorwärts, die einseitig entwickelt sind und innen und außen sich spezialisieren, die Arbeitsteilung durchführen, und die, die nicht genügend angepaßt sind, um mit allem Bestehenden zufrieden zu sein.

Während aber der Aberrationsrichtungen unendliche sind, gibt es der nützlichen Möglichkeiten selbstverständlich nur wenige: die schlechten Propheten, die ungeschickten Weltverbesserer, die fanatischen Parteibüffel, die für allerhand unausführbare Träume Begeisterten und diejenigen, welche als eigentlich krank an

gesehen werden, sind und bleiben die Mehrzahl der Abnormen. Sie in der Krankhaftigkeit ihres Seelenlebens zu erkennen, ist eine praktisch wichtige Aufgabe, die wesentlich zur Gesundung unserer öffentlichen Verhältnisse beitragen könnte.

Das Studium der Volks- und Massenpsychologie, die von solchen Leuten beherrscht wird, hätte diese Erkenntnis zu ergänzen. Psychopathen und Geisteskranke, Muhamed, Luther, Loyola, Rousseau, Pestalozzi, Napoleon, Robert Meyer haben in verhängnisvoller oder segensreicher Weise den Lauf unserer Kultur beeinflußt. Die psychischen Epidemien von den Kreuzzügen und den Tänzen des heiligen Vitus bis zum Zittern moderner Schulkinder und manchen Sekten- und Parteibestrebungen in Religion, Politik und Kunst repräsentieren die leicht wahrnehmbaren Gipfel von Ideenschwankungen, in denen sich das geistige Leben der Völker ausdrückt, und aus denen die Leistungen einzelner führender Geister herauswachsen als vorauseilendes Bahnbrechen, als Ergänzungen oder als Negativ zur allgemeinen Strömung.

Für den Mediziner ist eine psychologische Schulung heuzutage besonders notwendig. Während die naive Medizin von jeher zum großen Teil psychisch war, und der Pfuscher jetzt noch auf psychischem Wege seine Kranken teils heilt, teils scheert, hat die Ausbildung der exakten Methoden der neueren Zeit den Arzt von den psychischen Vorstellungen abgelenkt, ja, wie Adolf Meyer sich ausdrückt, eine wahre „Psychophobie" erzeugt. Es leiden aber Theorie und Praxis schwer darunter, wenn die eine Seite des Menschen vernachlässigt wird, und zwar gerade diejenige, die durch Idee und Affekt der oberste Regulator aller körperlichen Funktionen ist, und die einzig das Verhältnis von Arzt und Patient bestimmt. Der gute Praktiker vornehmlich ist immer noch der gute (meist instinktive) Psychologe. Entstehen und Vergehen der „Neurosen" geht über die Psyche; eine Eindämmung der Unfallskrankheiten, die den Kassen Millionen kosten, und die eine Menge Leute zu dauernden Krüppeln machen, wird erst möglich, seitdem man ihre psychische Entstehung erfaßt hat, und ein großer Teil von anderen Krankheiten sind in ihrer Erscheinung beim einzelnen Individuum durch die Psyche modifiziert und modifizierbar. Die üblichen Verdauungs- und Menstruationsbeschwerden sind zum großen Teil ganz psychogene Krankheiten. Die psychische Hygiene in der Familie ist zum Glück des Menschen nicht weniger nötig als die körperliche, kurz, ein ganzer Arzt muß den ganzen Menschen verstehen.

Nun hat die Erfahrung hier wie überall gezeigt, daß es schwer, ja unmöglich ist, zu einer Erkenntnis zu kommen, wenn man nur das Alltägliche, das Normale betrachtet. Deshalb konnte die bisherige Psychologie für alle diese Zwecke nicht nur nichts leisten, sondern sie ist der besseren Erkenntnis geradezu ein Hindernis gewesen. Erst neuere Schulen (z. B. Marbe, Stern) gehen in dieser Richtung. Aber das, was wichtig ist, werden wir nur erkennen aus der Betrachtung der wachsenden Seele der Kinder, und vor allem aus den Aberrationen der fertigen in der Psychopathologie. Zur Zeit führt einer der wichtigsten, wenn nicht der wichtigste Weg zur Kenntnis der menschlichen Seele über die Psychiatrie.

N. Die einzelnen Geisteskrankheiten.

I. Das Irresein bei Hirnverletzungen.[1])

Als erste Gruppe seiner Einteilung beschreibt Kraepelin **das Irresein bei Hirnverletzungen.** Erst seit dem Kriege werden diese Patienten in größerer Zahl beobachtet; sie sind deshalb noch ganz ungenügend bekannt, obschon sie schon seit einiger Zeit besondere Bedeutung als wichtige Unfallsfolgen bekommen haben. In der verwirrenden Menge von Detailerfahrungen fehlen uns noch die ordnenden Gesichtspunkte. So greift Kraepelin einige der wichtigsten Bilder heraus; eine erschöpfende Beschreibung der Formen fehlt aber bis jetzt und ebenso eine genügende Kennzeichnung der ganzen Klasse.

[1]) Außer Kraepelin vgl. Schröder, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Enke, Stuttgart, 1915.

Die **Hirnerschütterung** mit ihren Symptomen von Bewußtlosigkeit, Kollaps, Erbrechen usw. ist den Ärzten aus der Chirurgie bekannt.

Manchmal folgt dem Unfall ein **„traumatisches Delirium“ (akute Kommotionspsychose)** mit oder ohne vorausgehende gewöhnliche Erschütterungssymptome. Es kann auch auftreten, ohne daß eine organische Verletzung des Gehirnes zustandegekommen wäre, z. B. durch einen kräftigen Schlag mit der flachen Hand, dauert dann aber, soweit ich weiß, nur Stunden bis Tage. Die Kranken verstehen die Umgebung nicht mehr, verwechseln Personen, gelegentlich kommen Halluzinationen, namentlich des Gesichtes, vor. Eine sehr starke, oft komplette Merkstörung beherrscht das Bild, oft noch kompliziert durch eine retroaktive Amnesie, die sich auf kürzere oder längere Zeit vor dem Trauma erstreckt. Konfabulationen füllen die Leere aus, Rechnen, kompliziertere Verstandesfunktionen überhaupt sind mangelhaft. Die Stimmung ist meist ein wenig gehoben, später „tritt oft ein gereiztes, nörgelndes, eigensinniges Wesen hervor“ (Kraepelin). Die sprachlichen Äußerungen können gut, ja lebhaft sein; oft aber sind koordinatorische und psychische Unsicherheit, ja Andeutungen von aphasischen Symptomen da; auch im Schreiben werden Buchstaben ausgelassen, versetzt und dergleichen. Hinzu kommen oft Kopfweh, Schwindel, Ohnmachten, epileptiforme Anfälle, auch katatonieartige Symptome und eventuelle Folgen der lokalen Hirnverletzung. Die Krankheit kann sich an das Trauma unmittelbar anschließen oder sich allmählich im Laufe von Tagen und Wochen entwickeln. Nachdem sie einige Wochen auf der Höhe gewesen, pflegt sie sich ganz allmählich zu bessern und in Heilung überzugehen, soweit nicht die Hirnverletzung Dauersymptome macht.

Nicht selten bilden sich die gewöhnlichen Symptome der organischen Geisteskrankheiten aus mit wenig spezifischer Färbung **(traumatischer Schwächezustand,** Kraepelin). Leichte Ermüdbarkeit, Schwindel, Benommenheit, Kopfweh, Ohrensausen und andere nervöse Symptome plagen den Kranken. Zugleich wird sein Gedächtnis für frische Dinge schwächer, in schweren Fällen sehr schwach. Die Affektivität wird labil; namentlich besteht fast immer eine unverhältnismäßige Reizbarkeit bis zu höchsten Graden von Jähzorn, so daß mit diesen Traumatikern auch dann schwer auszukommen ist, wenn ihre intellektuellen Fähigkeiten (inkl. Gedächtnis) ganz intakt scheinen. Die sozialen Schwierigkeiten werden noch erhöht durch die regelmäßig bestehende Alkoholintoleranz. Die Grundstimmung kann normal oder depressiv sein; an Traumatiker dieser Art mit gehobener Affektivität erinnere ich mich nicht.

Schon dieser traumatische Schwachsinn kann durch **epileptische Anfälle** kompliziert sein. Es gibt aber auch Kranke, bei denen zunächst stärkere Störungen der Psyche nicht zu sehen sind, dafür aber epileptische Anfälle auftreten; die Krankheit pflegt sich dann wie eine gewöhnliche Epilepsie zur Verblödung weiter zu entwickeln, wobei manchmal die relativ zu den anderen Erscheinungen besonders starke Reizbarkeit auf den traumatischen Ursprung hinweist (traumatische Epilepsie).

Ferner gibt es traumatische **katatonische Bilder,** die zu selten sind, als daß ich sie genügend zeichnen könnte. Der Ideengang erscheint meist im Verhältnis zu den katatonen Symptomen weniger gestört, die Affektivität relativ lebhaft, namentlich besteht meist starke Reizbarkeit. Lokale zerebrale Symptome deuten auf einen traumatischen Herd.

Nach Verletzungen im Frontalhirn sieht man etwa blöde Euphorie (Moria), gelegentlich verbunden mit Witzelsucht.

Bei Kindern können sich nach Hirnverletzungen verschiedene Formen von **Idiotie** entwickeln, sehr oft kompliziert mit epileptischen Anfällen oder wenigstens Verstimmungen oder Verwirrtheiten, die den epileptischen sehr ähnlich sehen.

Manche Syndrome entwickeln sich erst nach längerer Latenzzeit; namentlich subdurale Blutungen werden oft erst nach mehreren Tagen oder noch später so groß, daß sie Erscheinungen machen.

Berger[1]) unterscheidet 1. Kommotionspsychosen, 2. traumatische Demenz, 3. traumatische Dämmerzustände. Die Kommotionspsychose trennt er in 1. halluzinatorische Verwirrtheit, 2. die mit dem Korsakowschen (= organischen) Symptomenkomplex, 3. die mit manischer Färbung, 4. die mit katatonen Symptomen.

[1]) Trauma und Psychose. Julius Springer, Berlin, 1915.

Die Behandlung dieser Zustände hat leider nicht viel Erfolg. Bei den deliriösen Formen ist nur die Heilung abzuwarten und der Patient vor sich selber zu schützen. Bei den chronischen Formen ist die Vermeidung des Alkohols wichtig, der die Symptome verschärft und Aufregungen hervorbringt. Man soll auch daran denken, solchen Leuten kein Kokain zu injizieren (Zahnarzt!), da dadurch bleibende Epilepsien ausgelöst werden können. Das Herausschneiden einer Narbe aus dem Gehirn (noch häufiger aus den Hirnhäuten) eventuell mit Offenlassen eines Druckventils soll manchmal Besserung verschaffen, namentlich bei den epileptischen Formen, häufiger vielleicht die Entfernung eines das Gehirn reizenden Knochensplitters. Gegenüber der Reizbarkeit hat manchmal Brom einige Wirkung. Noch wichtiger ist es, mit dem Kranken äußerst geduldig zu sein und jede Reizung zu meiden. Kopfweh und dergleichen Symptome werden oft durch Behandlung nur schlimmer, während Ignorierung den Zustand erträglicher machen kann.

Wichtig ist, daß diese Patienten nicht zu spät in sachgemäße Behandlung kommen; es wird gewiß einen großen Unterschied machen, ob die vielen Hirntraumatiker des jetzigen Krieges ihrem Schicksal überlassen werden oder durch richtige Behandlung und Erziehung der Kranken selbst *und ihrer Umgebung* soweit und so gut als möglich in sozialem Zustande erhalten bleiben. Bei vielen wird gewiß ohne besondere Einrichtungen nicht gut auszukommen sein. Man denke nicht nur an die Gefährlichkeit des Kokains, sondern auch an die des Alkohols.

II. Irresein bei Hirnerkrankungen.

Auch diese Psychosen haben wenig psychiatrische Bedeutung. Das praktisch Wesentliche ist meist die Grundkrankheit, die Psychose darf aber nicht übersehen werden, wegen der Möglichkeit ihrer Verwechslung mit anderen Geisteskrankheiten.

Neben den psychischen Störungen bei den verschiedenen Formen von **Meningitis** bespricht Kraepelin das Irresein bei **Hirngeschwülsten.** Auch hier sind die allerverschiedensten Störungen beschrieben worden und die Zusammenhänge zwischen Geschwulst und Psychose sind oft sehr unklar. Große Geschwülste können psychisch fast symptomlos bleiben und keine schwereren Erscheinungen machen. Hirndruck verlangsamt alle Reaktionen, braucht sie aber sonst nicht zu stören. Ich habe einen Fall gesehen, bei dem es bis zu 5 Minuten gehen konnte, bis der Patient auf eine einfache Frage antwortete; dabei waren die Antworten zutreffend. Von theoretischem Interesse, wenn auch noch ganz unverstanden, ist das hier häufige Vorkommen der „Witzelsucht“; man streitet sich, ob eine Lokalisation an der Basis des Stirnlappens damit in Verbindung zu bringen ist. Interessant ist auch, daß nach Schuster Balkentumoren regelmäßig mit psychischen Störungen verbunden sind.

Da, wo wir ausgesprochene psychische Krankheitsbilder finden, handelt es sich bei Hirntumoren meistens um den organischen Symptomenkomplex (Labilität der Gefühle, Korsakowsche Gedächtnisstörung usw.) — aus begreiflichen Gründen, denn die Ernährung des Gehirns wird leicht in toto gestört. Bei einem Fall, in dem im Laufe von ca. 2 Jahren mehrere kleine Tuberkel in der Rinde unter Halluzinationen zum Tode führten, habe ich die falsche Diagnose Schizophrenie gemacht — per exclusionem; spezifische Zeichen bestanden nicht. Und bevor die Schizophrenie genauer bekannt war, ist mir das Gleiche passiert mit einem Fall von sehr langsam und fieberlos verlaufender tuberkulöser Meningitis, der katatone Symptome aufzuweisen schien. Außerdem gibt es dann und wann Hirntumoren, die mit katatonieartigen Symptomen und ohne psychische Zeichen der organischen Krankheit verlaufen, ob als Kombination beider Krankheiten oder als eigenartige Reaktion auf den Hirntumor, weiß man noch nicht.

Die Störungen der Psyche bei der **multiplen Sklerose** sind in der Hauptsache diejenigen der organischen Psychosen. Auf dem Gebiete der Affekte ist oft die Reizbarkeit, in anderen Fällen die Euphorie oder umgekehrt die Depression im Vordergrund. Meistens ist die Krankheit belebt durch psychogene neurotische Symptome; da diese einer richtigen Psychotherapie zugänglich sind, ist es sehr wichtig, meist aber auch leicht, sie zu erkennen. In späteren Stadien können Wahnbildungen und deliriöse Zustände hinzukommen. Die Diagnose beruht auf den neurologischen Zeichen der multiplen Sklerose.

KRAEPELIN beschreibt dann ferner eine **lobäre Hirnsklerose** mit schwerer Schrumpfung der Rinde und Ersetzung des Nervengewebes durch Glia. Psychisch entspricht ihr eine Verdummung mit Mangel an Regsamkeit; der letztere läßt den intellektuellen Defekt oft noch schwerer erscheinen, als er sich bei genauerer Prüfung erweist. In späteren Stadien kann sich statt des apathischen Wesens eine gewisse Neigung zu kindischen Scherzen zeigen. Lokale Symptome von seiten des hauptsächlich affizierten Hirnlappens können sich hinzugesellen. Die Krankheit führt im Laufe einiger Jahre zum Tode.

Wichtiger ist die **Huntingtonsche Chorea**, die fast immer hereditär auftritt. Ich kannte eine Familie, wo vier Generationen davon befallen waren. Die Vererbung ist gewöhnlich eine gleichartige. Doch findet man nicht selten auch andere schwere zerebrale Störungen, Epilepsie, Idiotie u. dgl. in der Verwandtschaft. Meist im zweiten bis vierten Dezennium, gelegentlich auch noch später, selten früher, treten, in der Regel lange verkannt, die psychischen und motorischen Erscheinungen ganz schleichend auf. Die Leute werden oft als unaufmerksam und nachlässig betrachtet und getadelt für ihre Ungeschicklichkeiten, an deren Zustandekommen die motorisch-choreatischen Störungen ebenso wohl beteiligt sind wie die psychischen. Die Chorea an sich sieht, wenn sie einmal ausgesprochen ist, ganz der Sydenhamschen Krankheit gleich, nur sind die Bewegungen meistens weniger brüsk. Auf psychischem Gebiet besteht die organische Verblödung. Doch fällt oft eine große Unbekümmertheit um die Krankheit und überhaupt um die eigenen Verhältnisse auf. Wenn die Kranken nicht mehr fähig sind, zu sprechen und zu schreiben, geben sie sich meist gar keine Mühe, sich sonst zu verständigen. Es war mir nie möglich, solche Patienten zu irgendwelchen Experimenten zu gewinnen, aus denen ich spezifische Eigentümlichkeiten hätte ersehen können. Stimmungsverschiebungen sind nicht so selten, doch erreichen sie wohl nie den Grad einer Melancholie oder Manie.

Die Krankheit führt im Verlaufe von einigen Jahrzehnten stetig oder mit geringen Schwankungen durch immer schwereres geistiges Siechtum zum Tode.

Im Gehirn findet man eine schwere diffuse Alteration der nervösen Elemente, die bis jetzt noch nicht genügend erforscht ist, um eine anatomische Diagnose zu erlauben.

KRAEPELIN schließt hier noch die **amaurotische Idiotie** von TAY und SACHS an, die meist jüdische Kinder im ersten Lebensjahr befällt, oft mehrere in einer Familie. Innert einer größeren Anzahl von Monaten bis etwa zwei Jahren gehen die psychischen und motorischen Funktionen zugrunde; zugleich tritt Blindheit ein, die ophthalmoskopisch durch eine eigentümliche mattweiße Verfärbung des gelben Flecks mit einem kirschroten Punkt in der Mitte charakterisiert ist. Die Kinder sterben in hilflosem Zustande. Der Krankheit liegt eine diffuse eigenartige Zerstörung der Ganglienzellen im Gehirn zugrunde.

Man hat auch bei älteren Kindern Gehirndegenerationen beschrieben, die der amaurotischen Idiotie ähnlich sein sollen. Sie sind sehr selten.

III. Die Vergiftungen.

1. Die akuten Vergiftungen.

Unter den akuten Vergiftungen führt KRAEPELIN die **Urämie** an, die insofern wichtig ist, als bei ihr typische epileptiforme Anfälle vorkommen, und als sie beliebige zerebrale Lokalsymptome vortäuschen kann. Die urämische Psychose als solche verläuft meist unter dem Bilde verschiedenartiger Delirien, deren spezifische Eigentümlichkeiten, wenn sie überhaupt welche haben, noch nicht bekannt sind, und führt in der Mehrzahl der Fälle zu einem ziemlich plötzlichen Tod.

Die **Eklampsie** der Schwangeren und Gebärenden ist durch epileptiforme Anfälle gekennzeichnet, neben denen hie und da deliriöse Zustände verlaufen.

Die **Kohlenoxydvergiftungen** können nach dem Erwachen aus der Narkose unter dem Bilde Stunden bis Tage dauernder Dämmerzustände verlaufen. Zentrale und mehr periphere Lähmungserscheinungen komplizieren oft die Krankheit. Erholen sich die Patienten nicht ganz, so bleibt als Ausdruck der diffusen Zerstörung des Hirngewebes der organische Symptomenkomplex mit meist stark im Vordergrund stehendem Gedächtnisausfall. Nach KRAEPELIN können sich zwischen den ersten Vergiftungsschlaf und die spätere Entwicklung der Symptome einige störungsfreie Tage oder sogar Wochen einschalten.

Von den übrigen Vergiftungen haben wir leider mehr toxikologische als psychiatrische Kenntnisse. Genauer bekannt ist nur noch der Alkoholrausch, wenn wir auch darüber noch manches wissen sollten. Die alltäglichen Formen desselben werden von der Psychiatrie ignoriert; eine besondere Beachtung verlangen aber einige ungewöhnliche Erscheinungsweisen:

Der pathologische Rausch.[1]

Die akute Alkoholwirkung ist bekanntlich individuell und nach zufälligen Verhältnissen recht verschieden. Manchmal führen solche Schwankungen zu ganz abnormen Reaktionen, die, soweit sie praktische Wichtigkeit haben, unter dem Namen des pathologischen Rausches[2]) zusammengefaßt werden. Schon das „trunkene Elend" ist eine abnorme Reaktion, die man aber nicht hierher zählt. Die pathologischen Räusche sind plötzliche, durch Alkohol ausgelöste Aufregungen oder Dämmerzustände, meist mit Verkennung der Situation, häufig auch mit Illusionen und Halluzinationen und exzessiven Affekten, am meisten von Angst und Wut. In einzelnen Fällen kann sich der ganze krankhafte Prozeß in kaum einer Minute abspielen, meist aber dauert er länger, bis mehrere Stunden.

Unter den disponierenden Momenten, die sich regelmäßig finden, gibt es dauernde und akzidentelle. Zu den ersten gehören alle Arten von neuropathischen Anlagen, vor allem auch epileptische und schizophrene, nach HEILBRONNER häufig Hysterie (z. B. bei Dirnen), dann Hirntraumen. Selbstverständlich ist die Disposition nicht zu verwechseln mit der Alkoholintoleranz, bei der kleine Quantitäten unverhältnismäßig starke Wirkung haben, ohne daß aber der Rausch qualitativ abnorm zu sein brauchte. Auch der chronische Alkoholismus selbst kann die Grundlage schaffen, indem viele Trinker erst zu pathologischen Räuschen neigen, wenn sie einen höheren Grad der Alkoholdegeneration erreicht haben.

Zu den vorübergehenden Dispositionen gehören alle Einflüsse, die den Körper schwächen, Überanstrengung, Nachtwachen, große Hitze oder Kälte, dann bekanntermaßen affektive Erregungen, sexuelle Aufregung, „in den Zorn hinein trinken".

Unter solchen Umständen können oft schon ganz geringe Quantitäten Alkohol, z. B. zwei Glas Bier, einen Anfall heraufbeschwören.

[1]) HEILBRONNER, Über pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschrift 1901, S. 962.

[2]) Man hat den Namen „komplizierter Rausch" vorgeschlagen, weil jeder Rausch pathologisch sei. Der gewöhnliche Name ist aber, abgesehen von seiner theoretischen Berechtigung, namentlich in foro von praktischem Wert, weil es sich da um die Frage handelt: Krankhaft oder nicht? Früher sprach man auch von „mania ebriosa" u. ä. — „Sinnlose Trunkenheit" unterscheidet sich dadurch vom pathologischen Rausch, daß bei ihr keine qualitativ ungewohnten Symptome sichtbar sein müssen.

Man merkt dem Patienten zunächst nichts an, dann fängt er an, gereizt oder angstvoll zu werden, um rasch zu toben, gegen Personen und Dinge seiner Umgebung zu wüten. Manchmal löst ein Anlaß, ein Wortwechsel, eine Zurechtweisung, die Dazwischenkunft eines Schutzmannes, den Paroxysmus aus, oder ohne erkennbaren Grund stürzt der Trinker sich auf einen eben Hereintretenden. Ein Student warf plötzlich einem Kameraden die volle Salatschüssel an den Kopf: er hatte ihn (offenbar wegen eines Akkomodationskrampfes) in einer enormen Verkleinerung gesehen und dann auf diese Weise sich Gewißheit verschaffen wollen, wo und wie groß er sei. Es kommt auch vor, daß die Leute zunächst einschlafen und dann in Wut erwachen, oder wenn sie geweckt werden, sich bedroht glauben und zum Messer greifen. Manchmal wird die Verwirrung durch einen epileptiformen Anfall eingeleitet. Auch während des Paroxysmus können, wenn auch selten, Anfälle des nämlichen Charakters auftreten. nach HEILBRONNER gibt es auch pathologische Räusche, deren motorische Erscheinungen hauptsächlich aus sinnlosen rhythmischen Bewegungen bestehen.

Bei diesen Erregungen fehlen regelmäßig alkoholische Koordinationsstörungen (Zungenschlag, Taumeln). Meist ist der Kopf stark kongestioniert, man sieht eventuell die Karotiden schlagen. Der Blick hat oft etwas Starres. Unter dem Einfluß von Illusionen und Halluzinationen des Gesichtes, seltener des Gehörs werden die Verhältnisse der Umgebung verkannt. Die Kranken sind meist stark desorientiert; „ängstliche, phantastische Befürchtungen", ängstliche Beziehungswahnideen beherrschen sie. Seltener handeln sie im Sinne irgendeiner isolierten, meist unklaren, Vorstellung wie im Schlafwandeln, zünden in etwas sonderbarer Weise ein Haus an u. dgl. (alkoholischer Dämmerzustand). Das Bild kann auch dem Delirium tremens oder einem akuten Alkoholwahnsinn ähneln.

Fast immer wird die Szene durch einen länger dauernden narkotischen Schlaf beendet, aus dem der Patient mit wüstem Kopf, aber in der Regel ohne jede Erinnerung an das Vorgefallene aufwacht. In selteneren Fällen ist die Amnesie nicht komplett, oder sie stellt sich später, etwa im Laufe des folgenden Tages ein, unter Umständen erst, nachdem die Patienten schon ein allfällig begangenes Verbrechen gestanden haben.

Es gibt Leute, die in ihrem Leben nur einmal einen solchen Rausch bekommen; andere, namentlich schwere Alkoholiker, können sehr häufig davon befallen werden. Immer aber, soviel ich weiß, sind die geschilderten Alkoholwirkungen beim nämlichen Individuum die Ausnahme; dieses hat normale Anregungen durch Alkohol oder normale Räusche daneben. Allerdings gibt es auch Säufer, die schließlich fast in jedem Rausch „trunkfällige Halluzinationen", bald im Sinne des Delirium tremens, bald mehr in dem des Alkoholwahnsinns oder der alkoholischen Eifersucht bekommen, aber die Reaktion ist da meistens eine viel mildere; auch wenn geprügelt und getobt und gestochen wird, geschieht es nicht so blind, sondern mit einer gewissen Zielbewußtheit und unter Berücksichtigung der wirklichen Dinge und Personen.

BONHOEFFER nennt die zuerst geschilderten pathologischen Räusche epileptoide; die mehr deliriösen Zustände, die nur bei Alkoholikern vorkommen sollen, delirante Räusche. ZIEHEN zählt alle pathologischen Räusche nicht ohne Grund zu den Dämmerzuständen.

Wiederholen sich beim nämlichen Individuum die pathologischen Räusche, so haben sie oft eine große Ähnlichkeit untereinander.

Die Differenzialdiagnose beruht auf dem Nachweis zunächst der Disposition, dann der Orientierungsstörung (wobei natürlich die richtige Erkennung einzelner Personen, einer einzelnen Straße, gar nicht ausgeschlossen ist), des äußerlich Unmotivierten, der Angst oder des Zornes (der letztere kann scheinbar von einem vor dem Rausch entstandenen Streit herrühren, der in Wirklichkeit die disponierende Affektregung verursacht hatte), der Sinnestäuschungen, des Mangels an Koordinationsstörung und eventuell des Forttobens, wenn der Kranke zu Bett gebracht wird (gewöhnliche Berauschte schlafen dann meist rasch ein). Wenn der kritische Schlaf einmal nicht von Amnesie gefolgt ist, wird man sich ohne andere, ganz klare Krankheitssymptome (z. B. Halluzinationen, Desorientierung) schwer entschließen, einen pathologischen Rausch anzunehmen, während besonders zu betonen ist, daß umgekehrt gar nicht selten auch ein gewöhnlicher Rausch die Erinnerung vollständig auslöscht. Kann man einen ganz geringen Alkoholgenuß nachweisen, der sonst keine toxischen Erscheinungen macht, so läßt sich das Krankhafte nicht bestreiten, wenn auch damit noch nicht direkt die Überlegungsstörung nachgewiesen ist.

Behandlung. Falls der Kranke noch tobt, wenn er zum Arzt kommt, läßt sich ein Fesseln selten umgehen. Zureden hilft nichts. In einem Fall allerdings konnte ein Kollege einen Kranken, den wir früher hypnotisiert hatten, mitten in der Zerstörung seines Zimmers in hypnotischen Schlaf versetzen. Von Narcoticis ist höchstens Hyoszin (mit Morphium) anzuwenden; es wirkt aber auch in den größten erlaubten Dosen nicht sicher. Dagegen kann man, wenn nötig, unter vorsichtiger Beobachtung des Herzens zur eigentlichen Narkose mit Äther oder Chloroform greifen.

2. Die chronischen Vergiftungen.

A. Der Alcoholismus chronicus.

Die Symptome der chronischen Alkoholvergiftung werden seit MAGNUS HUSS (1852) unter dem Namen des chronischen Alkoholismus zusammengefaßt. Es gibt körperliche und psychische, von denen die ersteren für den Psychiater namentlich deswegen von Wichtigkeit sind, weil ihr Nachweis dem Laien am besten begreiflich machen kann, daß es sich um eine „Krankheit" handelt.

Allgemein bekannt ist die Erweiterung der Gefäße, namentlich im Gesicht, die auch in leichteren Fällen die Haut röter erscheinen läßt als normal. In manchen schweren Fällen kommt die Venenerweiterung an der Nase und den anliegenden Partien der Wange besonders stark zum Ausdruck; schließlich kann die Farbe mehr ins Blaue übergehen, und in einzelnen Fällen entwickelt sich Acne rosacea, gewöhnlich in der bekannten Lokalisation der „Schmetterlingsfigur". Bei den meisten Trinkern kommt es indes nicht zu einer so starken Entstellung.

Man nennt den Alkoholgenuß auch unter den Ursachen der Arteriosklerose; ich weiß nicht, ob das richtig ist.

Am Herzen gibt es eine alkoholische Verfettung, die bei Abstinenz heilen, bei erneutem Alkoholgenuß wieder erscheinen kann. Sie ist die

wichtigste Ursache der gewöhnlichen Symptome ungenügender Zirkulation, des unregelmäßigen Pulses und der Herzvergrößerung („Bierherz“); auch die chronische Myocarditis findet sich bei Trinkern offenbar häufiger als bei andern Leuten.

Eine beim Alkoholismus gewöhnliche, sonst aber gar nicht häufige Krankheit ist der wirkliche[1]) chronische Magenkatarrh; die Lebercirrhose ist praktisch immer eine alkoholische, die Leberverfettung oft. Man nimmt auch an, daß es eine alkoholische Schrumpfniere gebe.

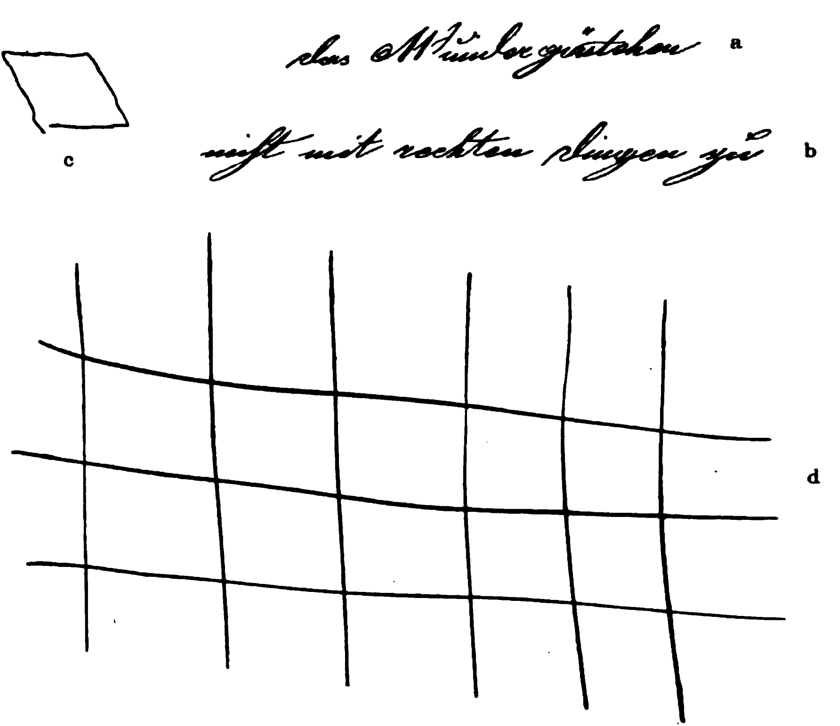


Abb. 1. **Schrift und Zeichnung einer Alkoholikerin, deren Tremor gleich auffiel, die ihn aber für Augenblicke unterdrücken konnte. In a ist das Zittern in *d*, *t*, *h* noch zu erkennen. In der Probe b, die aus späteren Zeilen stammt, gar nicht mehr. Beim Zeichnen zittert sie in c noch deutlich, in den großen Zügen von d gelang es ihr, das Zittern ganz zu unterdrücken.**

Die allgemeine Ernährung ist sehr verschieden. In den schweren Formen besteht meist entweder ein aufgeschwemmtes Aussehen oder mehr oder weniger ausgesprochener Marasmus, das erstere hauptsächlich im Anfang, das letztere in den späteren Jahren der Krankheit. Die gut genährten Gestalten sollen sich mehr an Bier oder auch Wein halten, die andern seien Schnapser.

In vorgerückteren Stadien sind funktionelle Störungen fast immer vorhanden. Bekannt ist das Zittern, das unter gewöhnlichen Umständen gleichmäßig und fein ist und erst in schweren Fällen zu

[1]) Was man sonst so nennt, ist meist eine nervöse Störung.

einer groben Bewegungsstörung auswächst, die nüchtern am heftigsten zu sein pflegt und den Trinker zwingen kann, sein erstes Glas am Morgen vom Tisch weg auszutrinken, weil er es in der Hand verschütten würde. Die Kranken wissen oft instinktiv das Zittern unschädlich zu machen oder zu verbergen; sie spreizen z. B. auf bloßes Vormachen hin fast nie die Finger, weil dann der Tremor deutlicher zum Vorschein kommt; man muß sie dazu besonders auffordern. In einzelnen Fällen kann die Störung durch bloßes Zusammennehmen für kürzere Zeit vollständig ausgeglichen werden.

Selten betrifft der Tremor auch die Augenmuskeln in Form von Nystagmus.

Sonst sieht man noch etwa Zuckungen in verschiedenen Muskelgruppen, Neigung zu Wadenkrämpfen, und in den höheren Stadien werden die Trinker kraftlos, der Gang unsicher, das Gesicht wird schlaff wie bei einem Paralytiker.

Die Pupillen reagieren oft in den Stadien, da die Patienten in die Anstalt kommen, schlecht, können auch ungleich sein; nach einiger Abstinenz ist aber meist alles normal. Die alkoholische Optikusatrophie mit der Abblassung der temporalen Seite der Papille und dem Farbenscotom ist bekannt, wenn auch relativ selten. Noch seltener sind chronische Lähmungen von Augenmuskeln.

Die tiefen Reflexe sind je nach dem Stande anatomischer Degeneration öfters erhöht, seltener abgeschwächt oder fehlend.

Auf sensorischem Gebiete findet man bei genauerem Zusehen oft lokale Herabsetzung der Sensibilität in einzelnen Hautpartien, namentlich den Unterschenkeln, infolge von Degeneration einzelner Hautäste; in der Tiefe treten vage Schmerzen auf, die leicht als rheumatische behandelt werden. Wüster Kopf, Schwindel, mouches volantes, Sausen im Ohr und dergleichen Störungen sind meist Zeichen der fortdauernden akuten Vergiftung.

Die Verdauung wird oft unregelmäßig. Vomitus matutinus, der bloß alkalischen Speichel zutage fördert, ist ein gewöhnliches und ziemlich sicheres Zeichen der chronischen Alkoholvergiftung (bei Frauen ist Schwangerschaft auszuschließen).

Der Schlaf wird ungleich, bald schlecht, unruhig, bald schwer. Höhere Grade des Alkoholismus äußern sich unter anderm auch in dem Bedürfnis, sich abends die nötige „Bettschwere anzutrinken".

Die Potenz nimmt in den späteren Stadien ab und sinkt oft bis auf Null; die Libido, die anfangs gewöhnlich stark aufgepeitscht ist, erhält sich meist länger.

Einzelne epileptische Anfälle können die Schwere der Hirnvergiftung anzeigen; sie erfolgen namentlich nach besonders starken Trinkleistungen, doch sind sie beim bloßen Alkoholismus lange nicht so häufig wie beim Delirium tremens.

In den Beschreibungen der psychischen Störungen steht regelmäßig die „ethische Degeneration", die „Abstumpfung der feineren Gefühle", die „sittliche Verrohung" im Vordergrunde. Es ist wichtig, zu konstatieren, daß diese Charakteristik in der Art, wie sie meist ausgedrückt wird, unzutreffend ist. Der ursprünglich anständige Alkoholiker bleibt im Gesangverein und beim Früh- und anderen Schoppen der

angenehme liebenswürdige Gesellschafter; er kann warme Tränen weinen beim Mißgeschick seines Nachbarn, für politische oder irgendwelche ethische Ziele sich in höchster Begeisterung entflammen, sehr fein nicht nur sagen, sondern auch fühlen, was gut und böse ist; er kann anderen wunderschöne Belehrungen geben; wenn er Künstler und Dichter ist, mag er Kunstwerke schaffen, die ein feines Empfinden auch auf dem Gebiete der Ethik und des Taktes bezeugen. Er kann bei Gelegenheiten, wo die Affektivität nicht mitspielt, bis in ziemlich hohe Stufen der Krankheit hinein, ganz gut überlegen. Aber deswegen ist die Beschreibung von der entsetzlichen Roheit und den unüberlegten Handlungen der Alkoholiker doch nicht aus der Luft gegriffen; diese Leute handeln unüberlegt unter dem Einflusse von Affekten und sie sind roh unter bestimmten Umständen, z. B. zu Hause, wo sie die ausgesprochenen oder stummen Vorwürfe der Familie empfinden müssen, bei der Arbeit, bei der sie nicht bleiben können, und die sie dem Trinkvergnügen hintansetzen, bei einem Streit in gewissen Stadien der Berauschtheit. Die ursprünglich besser angelegten und jetzt noch feinerer Gefühle fähigen Trinker bilden die große Mehrzahl. Neben ihnen gibt es indes andere, die in allen Beziehungen „heruntergekommen" sind, teils Schwächlinge, welche sich immer wieder verführen lassen, die Sitten der Umgebung anzunehmen, und denen die Roheit auf diesem Wege zur Gewohnheit wird, teils Kranke, die die alkoholische Hirnatrophie zu reizbaren und ungenügend überlegenden Kindern des Augenblicks gemacht hat. Als dritte Klasse kommen diejenigen, die von Natur roh und überhaupt ethisch defekt sind, aber durch den Alkohol die Hemmungen, die sie sonst einigermaßen zurückhalten, verlieren. Mit diesen haben wir als Irrenärzte allerdings am meisten zu tun; aber ihre Rohheit kommt nicht vom Alkohol, sie wird durch diesen nur manifest gemacht und verstärkt. Bloß die letzten beiden Kategorien entsprechen dem üblichen Bilde. Die drei genannten sind die Hauptformen, zwischen und neben denen es Übergänge und Kombinationen gibt, die man sich vorstellen mag.

Daß den Alkoholikern bei passenden Gelegenheiten die schönsten Gefühle in voller Echtheit zu Gebote stehen, das gibt diesen Leuten das Gefährliche und Sirenenhafte; sie heucheln in dieser Beziehung nicht. Sie können noch wichtige, öffentliche Stellen ohne aufzufallen ausfüllen, auch wenn sie zu Hause die Frau prügeln, nackt vor den Kindern in die Küche gehen u. dgl. Sie glauben, in entsprechenden Situationen alles für ihre Familie tun zu wollen, können die schönste Reue zeigen und noch schönere Versprechen machen. Wer sie nicht genau kennt, muß ihnen glauben, denn sie glauben selber an ihre Aufrichtigkeit. Aber mit der ersten Änderung der äußeren Situation macht auch das schöne Gefühl einem beliebigen anderen Platz, das nun ebenso echt ist und ebenso den ganzen Menschen in Beschlag nimmt.

Eine Mutter von 13 Kindern erkrankt an Gebärmutterkrebs. Der alkoholische Mann besucht sie im Spital feierlich jeden Sonntag mit einem Blumenstrauß. Schließlich wird es ihm zu viel, die paar Pfennige auszugeben, und er verlangt die Frau zurück. Zu Hause mißhandelt er sie wie früher, und da das Karzinom einen starken Geruch verbreitet, erlaubt er sich beim Essen den gräßlichen Witz, sie hätten nun Kartoffeln und Krebs zu Mittag.

In einem gerichtlichen Fall wurde folgendes konstatiert: Ein Alkoholiker hatte nach Obstweingenuß und 4 Deziliter Schnaps eines seiner Kinder mißbraucht, das andere

vor den Augen der Mutter zu mißbrauchen versucht. Der Frau gegenüber hatte er sich gerühmt, dem Kinde am Kommunionstage die Unschuld genommen zu haben. Ein anderes Kind schickte er zur Mutter mit dem Bericht, er reiße ihm jetzt alle Haare aus der pubes aus (in den widerlichsten Ausdrücken). Die Frau hat er am ganzen Leibe blau geschlagen, ihr eine Wunde am Kopf beigebracht, sie mit heißem Wasser verbrüht, ihr darauf ins Gesicht gepißt (vielleicht, um die Wunde ohne Arzt zu behandeln). Zwei Tage dauerte die Prügelei, während der einmal die Kinder die Mutter halten mußten, damit er sie mit einem Seil schlagen könne. Die Frau konnte sich endlich im Hemd in ein Nachbarhaus flüchten; der Mann blieb zu Hause. Nach zwei Tagen brachte ihm ein Nachbar etwas Milch: Man könne ihn doch nicht verhungern lassen. Da war der Übeltäter so reuig und vergoß so heiße Tränen, daß der Nachbar (ein Bauer) ebenfalls zu heulen anfing, die Gattin holte und die Kinder; nun weinte alles zusammen in großer Rührung. Die Sache mit den Kindern kam vor Gericht, wobei der Mann seine Frau wieder aufs scheußlichste verleumdete. — Die erwähnte Prügelszene war gar nichts Ausnahmsweises, bloß der Mißbrauch der Kinder war ein Novum gewesen.

Weil die üblichen Beschreibungen nur die von Natur rohe Kategorie ganz, und von der ungleich größeren ursprünglich anständig angelegten nur die Nachtseite berücksichtigen, wird die Diagnose meistens verfehlt; man wagt nicht, einen als Alkoholiker zu bezeichnen, den man eben noch so nett und gefühlvoll sich benehmen gesehen. Und umgekehrt werden viele Rohlinge, die u. a. auch trinken, als Alkoholiker aufgefaßt, die sie gar nicht sind, oder bei denen wenigstens die unangenehmen psychischen Eigenschaften vom Trunke unabhängig sind.

Der alkoholische ethische Defekt besteht also nicht im Verlust der ethischen Gefühle, sondern im jähen Wechsel der Gefühle überhaupt und in der Beherrschung des ganzen Menschen, seines Gedankenganges und seines Willens durch jede momentane Stimmung, durch den Affekt des Augenblickes. Wir haben das nämliche Verhältnis wie bei den sogenannten ethischen Defekten der Organischen; nur tritt beim Alkoholischen die Zwiespältigkeit viel stärker hervor, weil die Intelligenz an sich meist noch gut erhalten ist, während beim Paralytiker der Verlust der Ethik leicht als ein Teilsymptom des allgemeinen Blödsinns erscheinen mag.

Die wichtigste Veränderung der Gefühle des Alkoholikers ist also deren L a b i l i t ä t, mit der immer verbunden ist eine verstärkte Gefühlsbetonung aller Erlebnisse und damit die volle Herrschaft des Affektes. Der Kranke kann sich unendlich über die Lage seines Geschäftes betrüben, über das Unglück, das er der Familie gebracht; aber eine Viertelstunde nachher sitzt er beim Glase als sorgenloser und fröhlicher Gesellschafter; und wieder kurze Zeit später kann er in Wut geraten und seinen besten Freund mit Wort und Tat schwer verletzen. Praktisch ist der ethische Wert eines solchen Menschen allerdings der eines ausgesprochen moralisch Defekten; denn was nützt es seiner Frau, wenn er einmal zärtlich ist, um sie gleich nachher wieder zu mißhandeln? Zum Gutestun braucht es Zeit; eine Ungeschicklichkeit, eine Bosheit, ein Unglück kann in der Aufregung einer Sekunde geschehen.

Ein Alkoholiker BENOITS macht auf einem Balle einem Mädchen eine Eifersuchtsszene, so daß ihn dieses verläßt. In der Verzweiflung hängt er sich, wird abgelöst und tanzt darauf weiter.

Natürlich wird durch diese Flüchtigkeit der Affekte auch die B e s t ä n d i g k e i t i m S t r e b e n u n d H a n d e l n unmöglich gemacht. Die Trinker sind leicht geneigt, neue Pläne aufzunehmen, die alten fallen zu lassen und schließlich nichts Rechtes zu leisten. Der Mangel an einheitlicher Stimmung beraubt sie auf dem Gebiete des Charakters

der Ausdauer und der Nachhaltigkeit ihrer Strebungen, und auf dem der Intelligenz der einheitlichen Zielrichtung. Und weil auch die Überlegungen unter dem Einflusse des Affektes stehen, so muß die Übersicht über kompliziertere Verhältnisse, in denen Affekte mitspielen, also z. B. über den Stand der eigenen Geschäfte, leiden; Hauptsache und Nebensache werden nicht mehr unterschieden, weil sie beide stark von Gefühlen betont werden.

Bei solcher Nivellierung der Gefühle in der Richtung vermehrter Lebhaftigkeit muß natürlich auch das Streben nach Höherem leiden oder vollständig unterdrückt werden. Die Befriedigung der nächstliegenden Bedürfnisse genügt dem Kranken.

Hauptsächlich in der Affektlabilität ist auch die Willensschwäche der Trinker begründet, die die ernstesten Versprechen nach fünf Minuten brechen können, nirgends Ausdauer haben und aus dem letzteren Grund in den höheren Graden so leicht ihre Arbeitsstelle verlassen, teils um eine andere zu nehmen, teils aber auch ins Blaue hinaus, nur weil es ihnen nicht mehr gefällt. Am frühesten und am ausgesprochensten tritt die Willensschwäche natürlich ihrer Sucht gegenüber zutage.

Alles das und namentlich die alkoholische Leichtfertigkeit hat aber noch eine andere Ursache: die euphorische Dauereinstellung der Affektivität, die den Kranken erlaubt, auch das Elend als gut oder doch weniger schlimm zu fühlen als der Normale. Ein so wichtiger Umstand wie die Internierung in die Irrenanstalt wird von den meisten Trinkern etwa eine Woche lang als ein schlechter Scherz behandelt. Der Kranke ist „in dem Hotel, wo man die großen Narren behandelt"; er hat „mit seinem Zimmermädchen (recte der Frau) etwas zu lebhaft geschimpft".

Diese euphorische Stimmung hängt auch untrennbar an den Vorstellungen der Trinkerei. Der ganze Sumpf von Schmutz und Unglück gilt ihnen affektiv auch bei klarer Einsicht noch nach vielen Monaten Abstinenz als etwas Schönes, auf das man „verzichten" muß. Die Verachtung der Mitbürger, das Ausgestoßensein unter die niedrigsten Kumpane, auf die er früher mit Ekel hinabgesehen hatte, das alles macht dem Kranken nichts mehr; das Ehrgefühl liegt darnieder. Allerdings besteht noch eine große Eitelkeit, nur nicht am rechten Ort. Die Leute prahlen mit dem Munde, nicht aber mit den Taten. Sie renommieren mit der Zahl der geleerten Gläser, mit ihrer Standfestigkeit gegenüber den Ermahnungen der Frau, aber auch mit Dingen, die nicht existieren, mit ihrem Können und Wissen und Leisten, mit ihrer Ehrlichkeit. So lange ein Trinker diese alkoholische Leichtfertigkeit der Euphorie immer noch im Leibe hat, ist es unmöglich, ihm einen tüchtigen Stolz auf wirkliche und gute Leistungen beizubringen.

Durch alle die affektiven Störungen wird indirekt auch die Überlegungskraft geschwächt: Wer seine Gefühle immer wechselnden Zielen zuwendet, kommt nie dazu, etwas Kompliziertes gründlich auszudenken, wer sich von seinen Affekten beherrschen läßt, denkt immer nur im Sinne dieser Affekte; wer speziell durch die krankhafte Euphorie dazu gebracht wird, die Dinge nur von der guten Seite anzusehen, kann die schlimmen Chancen nicht würdigen und macht beständig falsche Überlegungen.

Es gibt aber außerdem direkte alkoholische Störungen der

Intelligenz, die nicht auf diesem Umwege zustande kommen, wenn sie auch viele Jahre lang nicht so deutlich sind. Die Assoziationen werden flacher, äußerlicher; man geht auf die Nebensache, statt auf die Hauptsache ein; die typischen „Bierwitze“ mit ihren Wortassoziationen illustrieren das ohne weiteres. In schwereren Fällen werden aber die Assoziationen zugleich eingeengt; es macht auch deshalb dem Kranken Mühe, kompliziertere Dinge zu überlegen, auch wenn keine Affekte widerstreben.

Dann fällt es dem Alkoholiker schwer, genau zu reproduzieren. Was er erzählt, wird leicht durch Veränderungen und Zutaten entstellt. Namentlich auffallend ist das Bedürfnis nach kausaler Abrundung. In der Fabel vom mit Salz beladenen Esel (S. 130) setzen z. B. viele Alkoholiker einen Grund hinein, warum der Esel ins Wasser gegangen (es war heiß; er hatte Durst; die Last war ihm zu schwer u. dgl.).

Damit hängt das gesteigerte Bedürfnis und die gesteigerte Fähigkeit zu Ausreden zusammen. Es gibt bekanntlich nichts, das nicht eine Ausrede zum Trinken bilden würde: Hitze und Kälte, Bewegung und Stillsitzen, jeder Beruf ohne Ausnahme rechtfertigt den Alkoholgenuß — und das Merkwürdige ist, daß akademisch gebildete wie analphabete Trinker diese Gründe mit den gleichen Worten ausdrücken und mit dem gleichen Glauben an ihnen festhalten. Aber auch in anderen Dingen zeichnet sich der Trinker durch ein großes Bedürfnis und ein großes Können in der Erfindung von Ausreden aus.

Mit der starken Affektivität und zugleich mit der Unschärfe des Denkens hängt die Neigung zu krankhaften Eigenbeziehungen zusammen. Selbst noch sehr gut erhaltene Leute beziehen nicht selten den Esel und das Wasser in der eben erwähnten Fabel auf sich.

Die übertriebenen Eigenbeziehungen bilden eine der Wurzeln des alkoholischen Mißtrauens, das sich zunächst gegen die Angehörigen und dann gegen alle diejenigen wendet, die einen besseren Einfluß auf die Patienten ausüben möchten oder unter ihrem Treiben zu leiden haben, während im Gegensatz dazu im Verkehr auch mit den verkommensten Zechgenossen eine große Vertrauensseligkeit Platz greift, die unter anderem zu vielen geschäftlichen Dummheiten verführt. Die Vertrauensseligkeit wird um so gefährlicher, als die Alkoholiker entsprechend ihrer Affektivität eine übertriebene positive, aber auch negative Suggestibilität haben. Wer es ihnen zu treffen weiß, kann sie ausnutzen wie er will; in anderen Dingen, namentlich in bezug auf Ermahnungen und was damit zusammenhängt, sind sie eigensinnig und starrköpfig.

Das Gedächtnis der Alkoholiker wird ungenau. Die Leute geben zwar bei Versuchen nicht weniger Antworten als Gesunde, oft sogar mehr, aber darunter mehr falsche. So ist es im Leben; sie sind oft nicht mehr fähig, die Dinge genau zu denken wie sie sind. Erst in späteren Stadien der schwereren Fälle kommt ganz allmählich als etwas prinzipiell Neues die Gedächtnisstörung der organischen Psychosen hinzu mit ihrer Schwäche für frische Erlebnisse. Das ist ein sicheres Zeichen der Hirnatrophie und damit der Unmöglichkeit einer vollen Restitution.

Schon darum müssen die Alkoholiker zu Lügnern werden. Eine Menge affektiver Gründe veranlassen sie zu Ausreden, zu Entstellungen; anderseits können sie sich die Dinge zu wenig genau vorstellen. Un-

willkürlich schieben sich ihnen Begründungen für ihr und anderer Leute Tun in ihr Denken, und die euphorische Lebhaftigkeit regt ihre Ideenassoziationen an, so daß ihnen die nötige Phantasie nie mangelt, während die moralische und intellektuelle Kritik durch alle diese Momente unterdrückt ist. Frauen lügen aus begreiflichen Gründen noch viel konsequenter als Männer. Wie viele von den Lügen bewußte sind, und wie viele sie im Momente selbst glauben, läßt sich nicht auseinander lesen.

Ein großer Teil der Alkoholikerpsychologie hängt mit der schiefen Stellung der Kranken zu ihrer Umgebung zusammen. Trotz all ihrem Bramarbasieren läßt sich sehr leicht nachweisen, daß die Alkoholiker sich immer in Verteidigungsstellung fühlen gegenüber jedem, der nicht mittrinkt — schon viele Mäßige lassen dies jeden Abstinenten spüren; bei den Unmäßigen aber beherrscht diese Stellung geradezu mit der Zeit die ganze Psyche, daher ein eigentliches Bedürfnis nach Ausreden und Lügen. Sie haben Grund, gerade den anständigen Leuten und denjenigen, die es gut mit ihnen meinen, zu mißtrauen und sie zu hassen, zu quälen, und sind auch diesen gegenüber besonders empfindlich und reizbar, während sie sich bei Lumpen wohl fühlen, die ihnen nichts vorwerfen können. Dadurch werden sie nicht nur in schlechte Gesellschaft und in den Gegensatz zu den anständigen Leuten gebracht, sondern durch die Gewohnheit des Umgangs mit verkommenen Elementen immer mehr verdorben. Für das mehr intellektuelle Gebiet ist hinzuzufügen, daß die Kranken die Dinge gar nicht so sehen dürfen, wie sie sind; sie müßten sich sonst zu erbärmlich vorkommen.

Die Aufmerksamkeit hat eine geringe Tenazität, teils wegen der Labilität des Interesses, teils namentlich auch wegen einer stärkeren Ermüdbarkeit der Patienten. Letztere zeigt sich überall, namentlich auch in der Arbeit.

Die Orientierung bleibt in den unkomplizierten Fällen normal.

In schweren Fällen ist auch die Wahrnehmung gestört im gleichen Sinne wie beim Delirium tremens, nur graduell geringer: die Kranken verlesen sich leicht, verwechseln bei kurzer Exposition Bilder, verhören sich.

Viele Alkoholiker, die in irgendeinem sexuellen Verhältnis stehen, bekommen Eifersuchtswahn, und zwar in einer besonderen Form. Er schwankt auf und ab im gleichen Verhältnis zu der Menge des genossenen Alkohols. In relativ nüchternen Zeiten kann er ganz zurücktreten, in Berauschtheit wird er stärker und ganz unsinnig; nicht nur beliebige Flecken im Bett, sondern auch solche auf dem Klosett, können die Untreue der Frau beweisen. Häufig kommen Illusionen und Gedächtnistäuschungen dem Wahn zu Hilfe, selten, und fast nur im Rausch, Halluzinationen, namentlich des Gesichtes; der Mann sieht, wie die Frau auf der Straße einem Vorübergehenden zuzwinkert; er hat sie durch ein Loch beobachtet. Doch halten diese zuerst ganz überzeugt vorgebrachten Behauptungen gewöhnlich nicht stand; sie werden unsicher oder lösen sich ganz auf, wenn man genau erfahren will, was der Patient denn selber konstatiert habe. Der Eifersuchtswahn führt oft zu Mordanschlägen gegen die Frau. Gegenüber wirklicher Untreue sind aber viele der nämlichen Patienten wenig sensibel.

Zur genetischen Erklärung des Eifersuchtswahns werden viele Gründe angeführt. Der Alkoholiker verliert seine Potenz bei länger bestehender Libido;

die ehelichen Verhältnisse sind schlecht; die Liebe der Frau ist erschüttert, wenn nicht ganz erkaltet; der Mann gibt ihr bei seinen Abwesenheiten im Wirtshaus viele Gelegenheit, bei anderen Männern zu sein; er selbst behandelt sie schlecht und nimmt es mit der ehelichen Treue nicht sehr genau. Alles das sind Momente, die auch unter anderen Umständen Eifersucht hervorrufen oder befördern. Aber von der Eifersucht zum Wahn ist doch noch ein Schritt, der mit all diesen Gründen nicht erklärt ist.

Einer anderen, allerdings viel selteneren Form alkoholischen Wahnes entspringen die Selbstanzeigen bei der Polizei, irgendein Verbrechen begangen zu haben, meistens eines, das gerade sensationell war, selten ein gar nicht existierendes. Die Kranken wollen gestehen und verlangen Bestrafung. In den Fällen, die ich genauer verfolgen konnte, handelte es sich mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit um Alkoholismus auf leichter Schizophrenie (resp. beginnenden Alkoholwahnsinn).

Krankheitsbild. Der Trinker ist ein Mensch, der sich beim Alkohol fröhlich macht oder dabei seine schweren Gedanken vergißt. Nach und nach entzieht er den andern Zwecken, namentlich der Arbeit, immer mehr Zeit und der Familie und dem Geschäft die Mittel. Er wird gegenüber wirklichen oder bloß möglichen Vorwürfen gereizt, unter Umständen unsinnig rasend, namentlich, wenn er gerade getrunken hat. Nachher reut ihn, was er getan, aber nicht tief und nicht lange, und häßliche Auftritte wiederholen sich immer mehr. Er „schwankt zwischen unmännlicher Weinerlichkeit und würdeloser Unbekümmertheit“ (KRAEPELIN), wobei der letzteren die größere Zeit zufällt; ein sorgloser Trinkerhumor, der leicht in Gereiztheit oder Gewissensbisse umschlägt, beherrscht ihn am häufigsten. In gehobenem Selbstgefühl bildet er sich auf sich selbst etwas Besonderes ein, glaubt zu arbeiten wie kein anderer. Die Überschätzung führt aber nicht zu eigentlichem Größenwahn.

Immer mehr vergißt er Ehre, Sitte und Anstand; die eigene Würde läßt er im Reden und Handeln außer acht. Die intimsten Familienangelegenheiten kramt er am Biertisch aus. Auch der früher tadellos korrekte Vornehme wird schließlich äußerlich unordentlich und verliert auch das Gefühl für schlechtes Auftreten anderer.

Im engeren Verkehr, also soweit es sich nicht um fixierte Normen handelt, beachtet der Trinker die Rechte anderer nicht mehr. Von der Frau verlangt er, auch wenn er einen Teil seiner Fehler zugibt, als ihre selbstverständliche Pflicht alle Nachsicht und Liebe, während er selbst soll tun können, was er will; wenn er sich schlecht aufführt, so ist das nur die Folge ihrer Verständnislosigkeit.

Von seiner Sucht hat er ganz falsche Vorstellungen; er hat das Recht und die Notwendigkeit zu trinken; das Recht, weil er verdient (auch wenn in Wirklichkeit die Frau die Familie erhält), weil er der Mann ist, weil man auch ein Vergnügen haben muß — die Notwendigkeit, weil man sonst nicht arbeiten kann. So weit er selbst es übt, ist das Trinken harmlos; andere trinken auch und noch mehr. Jedenfalls sind nur andere daran schuld, er nicht. Ist er einmal durch irgendein Mißgeschick oder vielleicht infolge besonderer Belehrung imstande, sich etwas besser zu beurteilen, so berührt ihn das nur in den Momenten moralischen Katzenjammers, dessen Unannehmlichkeiten er baldmöglichst wieder durch Alkohol zu beseitigen trachtet. Hunderte und tausende von Malen verspricht er im Ernst oder um in heuchlerischer Weise

wieder gut Wetter zu machen, „ein anderer Mensch zu werden“, um ebensooft das Versprechen zu brechen.

Dabei vergiftet er sein Familienleben. Die Kinder, die er mißhandelt, fürchten sich vor ihm. In der Regel leiden die ökonomischen Verhältnisse mit. In den untern Ständen hat oft die Frau die ganze Familie zu ernähren, der Mann vertrinkt, was er verdient, und erpreßt mit Drohungen und Mißhandlungen die erworbenen Pfennige der Frau, die sie dem Schlafe abgerungen. Kein Gesetz, noch weniger die Öffentlichkeit, hindert ihn daran. Er ist nicht gemeingefährlich, er mißhandelt ja „nur“ die Frau, liest man in den Polizeiberichten. Die Frau ist ihm in Europa meist vollständig ausgeliefert und hat ein Leben, das schlimmer ist als das der Durchschnittssklavin in verschiedensten Zeiten.

Die schlimmsten Taten geschehen allerdings meist im Rausch, aber viele dieser Leute kommen tagelang nicht aus dem Rausche heraus.

Manche der Kranken wandern vorübergehend ins Zuchthaus. Die Irrenanstalt gibt nur einem kleinen Teile Unterkunft. Von den länger Lebenden bringen viele als schwachsinnig die letzten Jahre oder Jahrzehnte in den Armen- und Pflegeanstalten zu.

Die Trinkerin unterscheidet sich nicht wenig von ihrem männlichen Schicksalsgenossen. Sie ist auch viel schwerer zu zeichnen als dieser, nicht nur, weil sie seltener vorkommt, sondern namentlich, weil sie in der Regel viel schwerer psychopathisch angelegt ist. Es wird dann schwierig, aus den in verschiedensten Richtungen abnormen Einzelfällen das für den Alkoholismus Charakteristische herauszuholen. Bei psychologischen Untersuchungen allerdings findet man die nämlichen Abnormitäten wie beim Manne. Das Verhalten aber ist anders. Die Patientinnen sind, wenigstens den Personen gegenüber, die mit ihrem Alkoholismus zu tun haben, im Gegensatz zu den Männern, verschlossen, sie suchen ihr Inneres zu verbergen, geben den Potus zum Teil gar nicht, zum Teil nur in sehr abgeschwächtem Maße zu und pflegen den Zweifeln gegenüber die bestimmtesten und höchsten Beteuerungen anzuwenden, auch wenn sie noch so oft in flagranti ertappt worden sind.

Dieses Benehmen, wie die schwerere Psychopathie, erklärt sich leicht aus dem Mangel des Trinkzwangs für die Frau; ihr verkehrt nicht die Sitte das Laster zur Tugend; ihre Ideale sind ohne Verbindung mit dem Trunk. Sie muß viel stärker abnorm sein, bis sie überhaupt so viel trinkt (wenn der moderne Flaschenbierhandel sich auf der jetzigen Höhe hält, wird er allerdings den Unterschied verkleinern); sie kann auch nicht mit ihren „Leistungen“ renommieren wie der Mann; die ganze Konstellation zeigt ihr beständig, daß sie etwas tut, was nicht sein sollte.

Verlauf. Die Krankheit schleicht sich in der Regel ganz unmerklich ein; in vielen Fällen kann man bei 10 Jahren nicht sagen, wann sie eigentlich begonnen hat. Die Leute trinken eben allmählich etwas mehr, oder sie werden allmählich widerstandsunfähiger gegen die gleichen Quantitäten, und jedenfalls bildet sich der charakteristische Symptomenkomplex nur im Laufe der Jahre aus. Dabei erhalten sich viele als gute Philister, da sie nur im gewöhnlichen Trott weiter zu leben und nichts Neues zu lernen und sich nicht besonders anzustrengen haben, bis der mehr oder weniger verfrühte Tod ein Ende macht. Nur ein kleiner Teil kommt zum deutlichen alkoholischen Blödsinn durch Hirnatrophie.

Innerhalb dieses Verlaufes gibt es oft ziemlich starke Schwankungen, eils infolge etwas Einsicht und einiger Anstrengung zur Mäßigkeit, eils aber infolge von Eingreifen dritter Personen oder sonstiger Ände-ung der Umstände. Im ganzen aber geht es unaufhaltsam abwärts, n vielen Fällen bis zum tiefsten menschlichen Elend, in das die Kranken neist auch die Familie mitreißen, in günstigeren nur bis zu einem ge-rissen Grad von Versimpelung, die den Stammtischklatsch an die Stelle iner Gemüt und Verstand hebenden Erholung und schließlich auch an lie der Arbeit setzt.

Prognose. Im Prinzip sind die meisten Alkoholiker noch heilbar u einer Zeit, da ihre Krankheit schon längst dem Laien offenbar ist. Erst wenn sie trotz energischen Anfassens nicht mehr imstande sind, las Elend einzusehen und zu fühlen, das sie über sich und über ihre Fa-nilie bringen, oder wenn schleichende Gedächtnisdefekte die Hirnatrophie nzeigen, oder auch, wenn die angeborene Anlage eine ethisch unerzieh-are ist, dann ist der Trinker seiner selbst wegen aufzugeben. Meist llerdings ist er aufzugeben der engeren und der weiteren Umgebung vegen, die nicht oder erst zu spät eingreifen will. So sinkt die Großzahl ler Trinker immer tiefer und geht, nachdem sie die Familie, die an sie ekettet ist, für Jahrzehnte hinaus in allen Beziehungen unglücklich emacht hat, zugrunde, oft am Alkoholismus selbst, häufiger an an-leren Krankheiten, denen sie verminderte Resistenz entgegensetzen. Eine kleinere Anzahl verbringt die letzten Jahre in einer stillen oder rethischen Form der alkoholischen Hirnatrophie (Dementia-alcoholico-enilis s. organische Krankheiten). Nicht selten ist das Ende Selbst-nord, meist in einer alkoholischen Depression, gelegentlich auch in einer onstigen Gemütsbewegung.

Anatomie. Die Schädelknochen sind nach Rose häufig verdickt. n der Schädelhöhle findet man in schwereren Fällen oft die Pia getrübt ınd verdickt; gelegentlich (aber lange nicht so häufig wie etwa bei der Paralyse) besteht Pachymeningitis haemorrhagica. Das Gehirn selbst ist n fortgeschrittenen Fällen deutlich verkleinert. Die Ganglienzellen eigen früh verschiedene Formen von Degeneration. Die Glia ist in Zellen und Fasern vermehrt. Das Ependym des vierten Ventrikels ist ft granuliert. In einem Teil der nervösen wie der gliösen Zellen und in en Gefäßwänden findet sich in der Regel viel Fett. Die Körperorgane ind in verschiedener Weise alkoholisch degeneriert (vgl. S. 165 ff.).

Häufigkeit. In den Irrenanstalten machen die alkoholischen Männer je nach den Aufnahmsverhältnissen etwa 10 bis 40 Proz. der ıufnahmen (nicht des Bestandes) aus. Das ist aber kein Maßstab für ie Verbreitung des Alkoholismus. Nur ein ganz kleiner Teil der Kran-en kommt in die Anstalten. Ein bei genauem Zusehen erkennbarer Grad von Alkoholismus ist bei uns im zweiten Teil des Mannesalters as Gewöhnliche. Will man die Fälle erst von da an zählen, wo eine nerkbare Schädigung des Individuums hervortritt, so hat man natürlich eine Zahlen zur Verfügung; aber wer die Augen offenhält, wird wohl en Alkoholismus für die häufigste Krankheit der Männer halten, ab-esehen von Schnupfen und solchen Trivialitäten. In den Schweizer-tädten werden von den zwischen 40 und 60 Jahren sterbenden Männern twa 16 Proz. von den Ärzten als Alkoholiker bezeichnet. Natürlich ist

die Zahl in Wirklichkeit viel größer. Im übrigen Zentraleuropa werden die Verhältnisse ungefähr gleich sein[1]).

Ursachen. Kaum wo weiß man so viel über die Ursachen der Krankheit wie beim Alkoholismus, und dennoch streitet man sich nirgends so viel darüber wie hier. Zunächst gibt es zwei Klassen angeborener Disposition, auf deren Boden der Alkoholismus wächst; die eine ist die Anlage, die veranlaßt oder treibt, geistige Getränke in größerer Menge zu sich zu nehmen, die andere ist ein geringerer Grad von Widerstandsfähigkeit gegen die genossene Menge, wobei für die Psychiatrie speziell die Widerstandskraft des Gehirns in Betracht kommt.

Die erste Gruppe ist keine einheitliche. Unter unseren Verhältnissen schaffen sich verschiedene Veranlagungen aktiven Trieb zum Trinken und Schwäche gegen die allgegenwärtige Versuchung und Verführung. Da sind zunächst die Leute mit einem angeborenen schwachen Willen. Andere ergeben sich dem Alkohol, weil sie keinen Grund haben, es nicht zu tun; sie sind roh und moralisch stumpf und suchen das momentane Vergnügen. Sympathischer sind die fröhlichen Gesellschaftsmenschen, die eigentlich den Alkohol am besten entbehren könnten, aber ihm in unseren Trinksitten massenhaft zum Opfer fallen müssen. Andere greifen umgekehrt zum Glase, weil sie nicht fähig sind, aus sich herauszugehen oder Unangenehmes irgendwie abzureagieren. Der Alkohol läßt sie vergessen oder befreit sie von ihren Hemmungen. Manche haben sonst irgendeine Schwierigkeit, sich mit dem Leben abzufinden: der eine strebt höher, als seine Kräfte erlauben und kommt vor Plänemachen nicht zum Handeln, der andere handelt zu viel, aber unbesonnen, der dritte hat „nervöse“ Schwierigkeiten usw. Hierher gehören auch viele leicht Geisteskranke, bei denen der Alkoholismus nicht die Ursache, sondern Folge der Störung ist[2]). Im Gegensatz zur Kategorie der Schwächlinge finden wir die Kraftmenschen, die glauben, alles vertragen zu können und so zum Übermaß im Alkoholgenuß kommen. Viele, numerisch vielleicht die zahlreichsten Alkoholiker, sind aber reine Opfer unserer Trinksitten; allerdings kommen diese am seltensten in die Irrenanstalt; um so mehr sieht man sie zufällig im Leben und als Träger verschiedener anderer Krankheiten.

Die zweite Gruppe, die der Resistenzunfähigen, können wir noch weniger beschreiben. Wir wissen nur, daß es besondere (gewiß nicht einheitliche) Dispositionen gibt, bei denen das Gehirn im Sinne des ausgesprochenen chronischen Alkoholismus auf die genossenen Getränkquantitäten reagiert. Wir können nicht bestimmen, warum sich der eine hauptsächlich die Leber, der andere das Herz, der dritte die Regulation des Stoffwechsels, der vierte das Gehirn, der fünfte alles zusammen

[1]) Von der sozialen und nationalökonomischen Bedeutung des Alkohols kann sich nur der einen Begriff machen, der sich in die Sache hineingearbeitet hat. Deutschland gibt jährlich etwa 3000 Millionen auf diesem Wege aus, die kleine Schweiz täglich nahezu eine Million, viel mehr als die Mobilisationskosten betragen. Für diese Summen kauft man sich Krankheit, Elend, Verbrechen, verminderte Arbeitszeit und geschwächte Arbeitskraft. Vgl. HOPPE, Die Tatsachen über den Alkohol. 3. Aufl. Calvary, Berlin. 1904

[2]) FERENCZI meint, daß der Alkoholismus überhaupt ein Ersatz für verdrängte sexuelle Gelüste sei (die Abstinenz wäre dann eine Kompensation für sexuelle Schwäche). In Wirklichkeit lebt sich niemand besser sexuell aus als gerade der Durchschnitt der Alkoholiker.

versäuft, und warum viele andere die nämlichen Alkoholmengen leidlich vertragen, ohne zu Alkoholikern in unserem Sinne zu werden.

Die beiden Dispositionen sind nur Übertreibungen von Schwächen, die die menschliche Natur überhaupt hat. Ein Begehren nach Giften wie der Alkohol existiert überall; nur haben sich diejenigen Völker, die während Jahrtausenden ihrer Entwicklung ein bestimmtes Quantum ihres Genußmittels zur Verfügung gehabt haben, an dasselbe angepaßt; sie sind mäßig. Industrie und Verkehrsmittel unserer Zeit sind nun fast überall der Anpassung vorausgeeilt, daher das Elend. Italien war noch vor einer Generation ein mäßiges Land; jetzt nehmen manche seiner Irrenanstalten prozentual eben so viele Alkoholiker auf wie die unsrigen.

Auch die Möglichkeit, jedes Gehirn zum alkoholischen zu machen, besteht selbstverständlich, nicht nur weil wir jeden Menschen mit Alkohol narkotisieren können, sondern weil wir überall die nämlichen toxischen Alkoholwirkungen sehen. Ob aber die durchschnittliche Widerstandsfähigkeit, wie manche behaupten, gegenüber dem Alkohol in den letzten Jahrhunderten abgenommen habe, möchte ich bezweifeln.

Die verschiedenen Dispositionen manifestieren sich auch in der Heredität. Wir finden in den Trinkerfamilien sehr verschiedene abnorme Anlagen, die vielleicht in etwa der Hälfte der Fälle als Alkoholismus des Vaters manifest werden.

Unter den veranlassenden Ursachen ist die wichtigste unsere Trinksitte, die mit Hilfe unserer spezifischen Kulturverhältnisse aus den beiden Dispositionen herausgewachsen ist. Sie stellt den Alkoholgenuß als etwas Schönes, Nützliches, Notwendiges, Selbstverständliches hin, so daß schon etwas dazu gehört, sich ihm zu entziehen. In ihrem Gefolge hat sie das Alkoholkapital, dessen Milliarden die Anreizung zum Trinken in raffinierter Weise organisiert haben. Für den einzelnen kommen die bekannten Gelegenheiten und Verführungen in Betracht, von denen ich hier nur einige herausheben möchte. Bei den Müttern verdorbener Söhne gilt meist die schlechte Gesellschaft als die Sünderin; gewöhnlich mit Unrecht, denn man ist selten verpflichtet, in schlechte Gesellschaft zu gehen. In bezug auf die Trinkerei ist aber die Anklage zu oft richtig; die trinkende Gesellschaft ist ja zunächst so anständig, daß der Unerfahrene weder das Schlimme daran bemerken, noch die Gefahr für sich voraussehen kann. Man ist versammelt zu löblichem Tun und denkt nicht daran, wie unlöblich dasselbe einige Stunden oder gar ein Jahrzehnt später werden kann; man spricht auch davon, daß man Kummer und Elend im Alkohol ersäufe; das ist nur ausnahmsweise wahr; Kummer und Elend sind die Folgen des Alkohols und bilden dann in einem Circulus vitiosus allerdings eine Ausrede, das Übel durch vermehrten Alkoholgenuß zu verstärken. Daß höhere Löhne den Alkoholgenuß herabgesetzt hätten, davon weiß ich kein Beispiel, während die Statistik das Gegenteil anzeigt.

Welche Quantitäten Alkohol nötig sind, um die Krankheit hervorzubringen, hängt von der persönlichen Disposition ab, vielleicht auch ein wenig von der Qualität der Ernährung und der Lebensweise überhaupt. Es kann einer körperlich und geistig zum ausgesprochenen Alkoholiker werden, während vielleicht einer seiner Kameraden ein Mehrfaches trinkt und trotzdem innerhalb der sogenannten Norm bleibt. Die Zahl und Stärke der Räusche ist gleichgültig. Wer von

kleinen Quantitäten einen Rausch bekommt, wird kaum je Alkoholiker: wer für gewöhnlich im eigentlichen Sinne mäßig lebt, wird es nie, auch wenn er alle Jahre ein paarmal im Straßengraben liegen bleibt. Wer aber regelmäßig größere Quantitäten zu sich nimmt, riskiert eine chronische Vergiftung, auch wenn er niemals berauscht war.

Differentialdiagnose. Der Alkoholismus kann sich mit jeder anderen Krankheit verbinden, und da wird oft eine von beiden übersehen. Andere Symptomkomplexe können „alkoholische Färbung" bekommen (Paralyse, Schizophrenie, Fieberdelirien usw.). Am häufigsten werden Schizophrene, die zugleich noch Trinker sind, als bloße Alkoholiker verkannt. Schickt man sie in die Irrenanstalten, so ist der Schade nicht groß. Unangenehmer wird der Fehler in der Trinkerheilstätte, wo man mit den Schizophrenen gewöhnlich nichts anzufangen weiß, und in privater Pflege, wo die Behandlung dieser Kranken rechtlich und medizinisch eine ganz andere sein muß. Unter den weniger beachteten Zeichen der zugrunde liegenden Schizophrenie ist namentlich die autistische Absonderung vom Verkehr wichtig; der Trinker, der nichts zu sagen hat und sich von den anderen Kranken in der Anstalt zurückzieht, ist kein bloßer Alkoholiker.

Viele psychische Symptome des Alkoholismus sehen paralytischen und überhaupt organischen gleich, ja sie können organische *sein*, weil die Vergiftung auch eine Art Hirnatrophie schafft (vgl. auch die Alkoholparalyse); bei älteren Leuten läßt sich oft prinzipiell die Frage, wie viel senil und wie viel an der Krankheit alkoholisch ist, nicht entscheiden.

Die chronisch Manischen werden gern als Alkoholiker verkannt: seltener ist das Umgekehrte der Fall. Die Ideenflucht, die Schwankungen der Störung unabhängig vom Alkoholgenuß und ihr Bestehen auch bei Abstinenz oder strikter Mäßigkeit sichert die Manie. Das Fehlen dieser Symptome trotz genauer Beobachtung schließt sie aus. Natürlich gibt die Anamnese oft sogleich sicheren Aufschluß.

Am schwierigsten ist die Abgrenzung des Alkoholismus von der Gesundheit. Regelmäßige Quantitäten, die in Europa als mäßig gelten, verändern den alternden Menschen im Aussehen deutlich; wer etwas Übung hat, kann das Nämliche in bezug auf die Psyche konstatieren. Ein bißchen Alkoholismus gehört also bei uns zur „Norm", und da ein Münchener Gericht[1]) entschieden hat, daß 6 bis 8 Liter Bier täglich zu trinken noch keine Unmäßigkeit sei, darf man sich das bißchen nicht klein vorstellen. Ich würde also den Alkoholismus im Sinne der Praxis da beginnen lassen, wo praktische Gründe es verlangen: Wer sich oder seine Familie durch den Alkoholgenuß deutlich schädigt, ohne daß man ihm das begreiflich machen kann, oder ohne daß er mehr den Willen oder die Kraft hat, sich zu bessern, muß als Alkoholiker betrachtet werden.

Es gibt auch Leute, die ohne deutliche Zeichen von Alkoholismus aus anderen Gründen, z. B. angeborener Anlage, sich schlecht aufführen und ihre Angelegenheiten nicht richtig verwalten, und nur nebenbei ihren Zustand durch Alkohol noch verschlimmern. Solche darf man

---

[1]) Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten, 1897, Jahrg. 7. S. 239.

icht mit Alkoholikern verwechseln; Prognose und Behandlung sind anz anders.

Man hat versucht, die Grenzstreitigkeiten gegenüber der Norm durch Definiionen zu beheben; dabei kann man prinzipiell zu keinem Ziele kommen, weil das, as man bei uns Norm nennen will, einen deutlichen Grad von Alkoholismus in ch schließt. Man sagte, an Alkoholismus leide derjenige, der regelmäßig Alkohol u sich nehme, bevor die Wirkung der früheren Dosen verschwunden sei. Das dürfte ber gar nicht genau genommen werden, denn bei psychologischen Versuchen ann man solche Wirkungen 24 Stunden und oft noch viel länger nachweisen, nd es wird niemand den als Alkoholiker bezeichnen wollen, der alle 24 Stunden n paar Glas Bier trinkt. Alkoholiker soll dann wieder der sein, der ein Bedürfnis ach Alkohol hat und es nicht überwinden kann. Das kann aber deshalb kein aßstab sein, weil in erster Linie die Einschätzung der Gründe maßgebend ist, ie vom Genuß abhalten sollen. Der gewöhnliche Stammtischphilister trinkt ınächst nicht deshalb so viel, weil er nicht anders kann, sondern weil er keine Gründe ennt oder schätzen kann, die ihn davon abhalten sollen.

Daß man auch wissenschaftlich den Alkoholismus mit einem anderen Maßab als andere Krankheiten messen soll, ist natürlich Nonsens. Im medizinischen inne ist jeder ein Alkoholiker, der sichere Zeichen von Alkoholismus aufweist; er leichte Zeichen bietet, ist ein leichter Alkoholiker, wer schwere zur Schau ägt, ein schwerer. Die daraus zu ziehenden Konsequenzen sind je nach dem Fall erschieden; die Praxis wird unendlich laxer sein als die Wissenschaft, die sich icht durch affektive und opportunistische Gesichtspunkte fälschen lassen darf.

Von einzelnen Symptomen ist natürlich der gesamte affektive Symtomenkomplex für sich nicht mit Sicherheit beweisend, da organische rankheiten und angeborene Anlagen ähnlich aussehen können. Am besten kann man aus der Lebhaftigkeit der Reaktion bei vielen Fehlistungen, aus der charakteristischen Ausrederei und den kausalen Ergänzungen die Diagnose machen.

Hat man etwas Zeit, den Kranken zu beobachten, so ist natürlich ie Reaktion auf die Abstinenz wichtig. Kranke, die sich innert einiger Vochen in der Anstalt bessern, ihren Charakter deutlich zum Guten erändern und bei Alkoholgenuß sich rasch wieder verschlimmern, sind ım großen Teil Alkoholiker.

Ganz wesentlich wird die Diagnose gestützt durch die körperlichen ymptome und die Anamnese. Bei der Aufnahme der letzteren muß an aber sehr vorsichtig sein, nicht nur, weil man, außer in sexuellen ıchen, kaum je so falsche Berichte bekommt wie in bezug auf den lkoholismus, sondern auch, weil die Alkoholiker, die den Irrenanstalten ıgeführt werden, von jeher Psychopathen sind.

Erben[1]) gibt an, der alkoholische Tremor habe mit dem bei Diabetes, bei ergiftungen durch Nikotin, Blei, Zink, Quecksilber, Schwefel, Kohlenstoff und i Rekonvaleszenz nach schweren Krankheiten die Raschheit und Feinheit der szillationen gemeinsam. Diese sind stärker beim Spreizen, schwächer in mäßiger eugung der Finger; zum Unterschiede von der Paralysis agitans bewegen sich e Finger unter sich nicht synchron; beim Alkoholismus zittert leicht auch die ınge, weniger aber oder gar nicht bei Metallvergiftungen.

Man spricht auch immer noch vom Quincaudschen Phänomen, das den ronischen Alkoholismus zeigen soll: Wenn man die gestreckten und gespreizten nger des Patienten auf die Handfläche des Untersuchers aufstützen läßt, so ıpfindet man bald ein leichtes Knarren. Das Phänomen kommt aber nicht bei len Alkoholikern vor, findet sich dafür auch sonst.

Vorsicht ist auch nötig in der Beurteilung von Gefäßerweiterungen im Geht. Es gibt sehr mäßige und abstinente Leute, die eine rote Nase haben, und ır ein sehr kleiner Teil der Trinker wird damit gekennzeichnet.

[1]) Diagnose der Simulation nervöser Symptome. Urban & Schwarzenberg, Berlinien. 1912.

Behandlung. Die tausendjährige Erfahrung beweist, daß Erziehung zur Mäßigkeit eine Utopie ist. Die Behandlung hat zunächst drei Aufgaben zu erfüllen: Vor allem die quasi physische Abgewöhnung des Alkoholbedürfnisses. Diese ist leichter, als man sich denkt. Es ist nur ausnahmsweise, daß der Alkoholiker in der Irrenanstalt ein eigentliches Bedürfnis nach dem Genußmittel empfindet, etwa wie der Raucher nach dem Tabak oder gar der Morphinist nach seinem Alkaloid. Von Abstinenzerscheinungen kenne ich überhaupt nur das grobe Zittern. Man führt noch andere an, z. B. Schlaflosigkeit, und gewiß schläft unter einigen Dutzend Trinkern einmal einer in den ersten Nächten in der Irrenanstalt nicht so viel wie er möchte. Aber einmal gibt es dazu noch andere Gründe, zweitens schlafen viele Trinker auch vorher unregelmäßig und gewöhnlich schlafen sie unter Abstinenz nicht nur besser, sondern normal. Es ist also sehr bestimmt zu widerraten, bloß aus dieser Indikation heraus Schlafmittel zu geben: Man muß es ja gerade diesen Leuten gründlich abgewöhnen, gegen kleine Wehwehs zu Drogen zu greifen.

Man behauptet auch jetzt noch, der plötzliche Alkoholentzug bringe die Leute um. Das ist direkter Widerspruch mit den Tatsachen. Die Unterlassung des Alkoholtrinkens bringt niemanden um, nur die Ausübung desselben. Auch die dauernde Abstinenz ist kein Schade; in den ersten 12 Jahren starben von 279 aus der Trinkerheilstätte Ellikon entlassenen Weitertrinkenden 62 (22 Proz.), von 295 geheilt und gebessert Entlassenen 5 (1,7 Proz.).

Also erste Indikation: sofortige Entfernung der Schädlichkeit.

Schwieriger ist die assoziative Abgewöhnung, d. h. die Auflösung der Ideenverbindungen, die beständig zum Trinken mahnen, bei besser Angelegten namentlich die assoziative Identifizierung des Alkoholgenusses mit allem Schönen und Idealen, das man erlebt hat (ehemalige Studenten!), und Bildung neuer, der Wirklichkeit entsprechender Assoziationen. Auf der einen Seite die Verbindung des eigenen und anderen Elendes mit dem Trunk, und anderseits die Verbindung der Begriffe von Rechtschaffenheit, Leistungsfähigkeit, Arbeit, Glück, mit antialkoholischen Vorstellungen. Noch mehr Zeit braucht die Erziehung des Charakters überhaupt, die Gewöhnung an regelmäßige Arbeit, die Hebung der Widerstandsfähigkeit gegenüber den beständigen Versuchungen, die Entwicklung von Selbstbeherrschung, von Freude an wirklichen Leistungen, von Stolz am richtigen Orte.

Allen drei Indikationen genügt am besten die Trinkerheilstätte, deren Wesen indes nicht in einem Aufenthaltsort für Trinker besteht, sondern in dem pädagogisch-psychologischen Geschick und dem heiligen Eifer des Leiters zu seiner Sache. Der Kranke hat im Durchschnitt etwa ein Jahr auszuharren und soll nicht aufgenommen werden, wenn er sich nicht vorher dazu verpflichtet. Bei uns kann er aber trotz Verpflichtung davon laufen, wann er will; der Leiter muß also die persönliche Kraft haben, das Gros der Kranken lange genug zurückzuhalten. Brauer, Wirte und andere im Alkoholgewerbe beschäftigte Leute soll man erst dann aufnehmen, wenn einige Gewähr gegeben ist, daß das Geschäft in andere Hände übergeht, bevor der Kranke die Anstalt verläßt; man kann nicht Abstinent und Wirt sein. Hoffnungslose oder in

ler Anlage moralisch defekte Leute sollen von den Trinkerheilstätten nöglichst ferngehalten werden, weil sie die Heilung der andern gefährden.

In leichteren Fällen mögen Abstinenzvereine mit guter Leitung enügen. Doch bieten sie natürlich viel weniger Chancen. Wo nicht llzugroße Gefahr im Verzug, und wo der Eintritt in eine Trinkerheilstätte chwierig oder gar nicht zu erlangen ist, mag man einen Versuch damit iachen. Hat man die Wahl unter verschiedenen Vereinen, so ist, abesehen von der Persönlichkeit des Ortsleiters, derjenige zu empfehlen, er am konsequentesten ist. Trotzdem das Blaue Kreuz unendlich viel lutes tut, hat es den prinzipiellen Fehler, die Abstinenz nur für Trinker nd diejenigen, die ihnen helfen wollen, zu verlangen. Sie wird damit u einer Krücke herabgewürdigt und der Abstinent zu einem Menschen ekundären Ranges, der einer solchen bedarf. Wer sich nicht auf den n Lichte der Tatsachen selbstverständlichen Standpunkt stellen kann: Trinken bringt viel Elend in die Welt, Nutzen so viel wie gar keinen, lso ist es für die gesamte Menschheit besser, es zu unterlassen", der ist nmer wieder in Gefahr, daß er sich auf die Stufe des höheren Menschen inauftrinken wolle. Der geheilte Trinker muß sich wohl fühlen in der leinlichkeit und darf nicht wie die Kröte im Salon Heimweh nach dem umpfe haben[1]).

Diejenigen Alkoholiker, denen die Einsicht fehlt, um sich freiwillig urieren zu lassen, müssen in geschlossenen Anstalten, also zur Zeit in rrenanstalten, behandelt werden. Manchem Trinker gereicht es um Segen, wenn er etwas recht Arges angestellt oder ein Delirium remens bekommen hat, weil er dann einmal in Behandlung genommen erden kann. Wo also die Landesgesetze es nicht verunmöglichen, und usnahmsweise einmal die Absicht besteht, den Patienten zu heilen, oll man solche Gelegenheiten benutzen und die Irrenanstalt empfehlen. laum ist aber der Patient dort, so beginnt von seiner Seite und von Seite einer gleich oder mäßig gesinnten Freunde eine Treiberei gegen die ungerechte" Einsperrung. Da heißt es standhalten. Leider hat meist ie Frau das entscheidende Wort, d. h. die ungeeignetste Persönlichkeit; enn sie ist diejenige, die seine Rache am meisten zu fürchten hat, und iejenige, die ihn liebt oder geliebt hat und deswegen von den zwei bis iehrere Wochen nach der Aufnahme in Masse auftretenden feurigen eteuerungen am leichtesten getäuscht wird. Es kommen dann noch ründe, die leider auch Fernerstehenden Geltung zu haben scheinen: er Mann ist ja gar nicht verrückt, gehört also nicht in die Irrenıstalt; unter den Geisteskranken muß er noch verrückt werden; man uß ihm doch Gelegenheit geben, zu zeigen, daß er sich bessern will und ınn usw. So fällt die Frau meistens um, auch wenn sie bei der Aufıhme ihre Festigkeit heilig versichert hat. Kann sie aber so fest bleiben, ıß der Mann niemals ein Wanken fühlt, und vermeidet sie viele Beiche, solange er hinaus, statt in die Trinkerheilstätte drängt, so kann bei den überhaupt zu heilenden Kranken noch gut gehen. Zunächst t allerdings in der Regel nach dem Stadium der heiligen Versprechen ›ch ein zweites der Gereiztheit und der Drohungen zu überstehen, das e nützliche Einsicht anzeigt, daß die Versprechungen vergeblich seien;

[1]) Konsequente Abstinenzvereine sind noch die Guttempler, der Alkoholgegnernd und an den meisten Orten die katholische Abstinentenliga.

man muß das wissen, um nicht zu erschrecken; denn es kommt nur auf die Festigkeit an, um die Erscheinung bald verschwinden zu lassen. Die gewöhnlichen Drohungen mit Selbstmord sind zu ignorieren[1]). Nach ein bis drei Monaten bringt man den Kranken meist in die Trinkerheilstätte. Einzelne allerdings müssen jahrelang in der Irrenanstalt bleiben und können bei genügender Ausdauer doch noch geheilt werden.

Natürlich muß die Irrenanstalt ihrer Aufgabe gewachsen sein. An vielen Orten kriegen solche Leute noch Alkohol, oder man macht ihnen begreiflich, bloß für sie sei das Benefizium alcoholicum eine Gefahr oder stellt sie als Bierzapfer an usw. In Berichten über solche Behandlung habe ich gelesen, das geschehe am grünen Holze; mag sein, daß solche Anstalten im übrigen nicht schlecht sind, jedenfalls aber sind sie unfähig zur Trinkerheilung.

Ein palliatives Mittel, richtig gehandhabt, ist auch die Vormundschaft. Nach dem deutschen und noch viel mehr nach dem schweizerischen Recht sollte sie auch ein Heilfaktor sein. Solange die Mehrzahl der Vormünder und der Waisenbehörden sich aber dem Trinker näher verwandt fühlt als dem Abstinenten, ist davon natürlich nicht viel zu erwarten; aber von einem gewissen Nutzen ist die Institution doch jetzt schon, wenn man den richtigen Vormund findet, und der Vorteil wird mit der Verbreitung besserer Ansichten nach und nach wachsen, hat doch die Vormundschaftsbehörde die gesetzlichen Mittel, eine Kur zu erzwingen. Natürlich ist es immer verfehlt, wenn die Frau Vormund des Trinkers wird.

Als Hauptmittel oder zur Unterstützung einer Kur empfiehlt man etwa die Hypnose. Sie hat die Gefahr, Arzt und Patient von der eigentlichen Aufgabe abzulenken. Ich wende sie deshalb hier nicht an, obschon es Fälle geben mag, wo sie ganz nützlich ist.

Die empfohlenen chemischen Heilmittel sind Humbug.

Sei der Kranke zu Hause oder in irgend einer Anstalt, so ist die Behandlung seiner Umgebung ebenso wichtig wie die des Kranken selbst. Daß so viele heilbare Trinker zugrunde gehen, daran ist die unglückselige Geduld der Frauen schuld, die sich nicht eher, als bis es zu spät ist, zu einem Schritt entschließen können, der den Pelz naß macht. Der Arzt, der in die Familie kommt, soll versuchen, die Geduld, die hier ein schädliches Unkraut ist, an den richtigen Ort zu versetzen; ferner hat er dafür zu sorgen, daß nach der Heilung des Patienten die Frau mit ihm abstinent ist.

Die unheilbaren Alkoholiker sind ein schweres Kreuz für ihre Familien und die Allgemeinheit. KRAEPELIN empfiehlt die Irrenanstalten als Aufbewahrungsort. Sie erscheinen mir aber weder in ihren jetzigen Einrichtungen, noch in ihren gesetzlichen Voraussetzungen als geeignet dafür; sie können ja die wenigsten Kranken jahrelang behalten. FOREL u. a. verlangen deshalb, daß man besondere Anstalten für sie einrichte.

[1]) Auf Drohung mit Selbstmord gibt es überhaupt nur zwei vernünftige Antworten: entweder ignorieren resp. das Gegenteil tun von dem, was damit bezweckt wird, oder die Unterbringung im Wachsaal einer Irrenanstalt. Handelt man anders, so wird die Drohung zur ärgsten Sklavenkette, die anständige Leute zu willenlosen Werkzeugen brutaler Lumpen macht. Es ist gut, auch bei der Behandlung moralisch Defekter daran zu denken. Allerdings muß man es auf sich nehmen können, daß unter vielen tausenden von Fällen ein unnützes und schädliches Leben einmal gerade bei einer solchen Gelegenheit ein Ende findet.

in denen sie verpflichtet sind, durch Arbeit wenigstens so viel zu verdienen als sie brauchen. Das hätte den Vorteil eines deutlichen Menetekels gegenüber dem Gefühl des Alkoholikers, daß man ihm gegenüber machtlos sei. Es würden eine Menge von Verbrechen und anderer Gefahren und Übelstände beseitigt, und es bestünde die Möglichkeit von Spätheilungen durch lange zwangsmäßige Abstinenz und Erziehung, die noch manchen scheinbar verlorenen Menschen nach Jahr und Tag der Gesellschaft wieder zurückgeben könnte.

Sonderbarerweise muß man beim Alkoholismus dem modernen Arzte noch sagen, daß das Wichtigste an der Therapie die Prophylaxe ist. Man sei sich aber klar, daß auch hier nur das richtige Mittel hilft: Enthaltung vom Alkohol. Mäßigkeit zu empfehlen ist Unsinn; sie ist ja der Nährboden, auf dem der Alkoholismus wächst. Die Beseitigung des Alkoholismus ist möglich, wenn man nur will. Auch läßt er sich eindämmen, wenn man will. Es gibt keine vermeidbare Krankheit, die so viel Elend über die Kulturmenschen bringt. Es ist also Pflicht[1]) des Arztes, sich hier mindestens so genau zu informieren, wie in bezug auf die Infektionskrankheiten. Das psychiatrische Lehrbuch kann nur auf diese Pflicht hinweisen. Es gibt Leute, die sich vor der Konsequenz fürchten, daß eine bessere Einsicht sie zwinge, die geistigen Getränke selber zu meiden. Letzteres wäre für den einzelnen Arzt selbst, bescheiden ausgedrückt, kein Verlust, für viele seiner Patienten ein Gewinn, denn nur der abstinente Arzt kann Trinker heilen; für die Allgemeinheit wäre es ein Segen. Wer die Abstinenz trotz der Einsicht in ihren Nutzen meidet, weil sie ihm ein Opfer scheint, setzt den ärztlichen Stand herab, der ja, wie kein anderer gewohnt ist, Leben und eigenen Vorteil in die Schanze zu schlagen für andere.

Leider haben gerade die Ärzte in bezug auf den Alkoholismus manches gut zu machen, was frühere Generationen gesündigt haben. Die namentlich in der Mitte des letzten Jahrhunderts aufgekommenen Theorien von den kraft- und blutbildenden, infektionsverhütenden und fiebervertreibenden Eigenschaften des Alkohols sind zwar von der Wissenschaft aufgegeben, aber dafür um so mehr in Fleisch und Blut der Allgemeinheit übergegangen. Und da muß man den Ärzten den Vorwurf machen, daß sie zwar seinerzeit eifrig das Vorurteil verbreitet haben, aber jetzt viel zu wenig tun, es wieder zu beseitigen, und dafür recht viel, es noch zu unterhalten. Eine jede offensichtliche Alkoholverschreibung ist, auch wenn sie an sich indiziert wäre[2]), ein Schaden, teils für den Patienten, teils für die Allgemeinheit, indem sie unweigerlich so ausgelegt wird, daß Alkohol für die Gesunden gut oder notwendig sei. Und leider sind die Kunstfehler, wo Ärzte die geheilten Trinker wieder zum Alkoholgenuß veranlassen und damit mit ihrer Familie ins Unglück bringen, noch nicht ausgestorben.

Das Delirium tremens.

Auf dem Boden des chronischen Alkoholismus gibt es einige akute Psychosen von deutlich spezifischem Charakter. Die wichtigste unter

[1]) Das Studium der Trinksitten und alles dessen, was damit zusammenhängt, ist auch sonst sehr nützlich; es eröffnet eine wunderbare Aussicht in die menschliche Psychologie, namentlich in die Gewalt der Affektivität über die Gedanken.

[2]) Der Beweis, daß es indizierte, d. h. nicht ersetzbare, gibt, fehlt bis jetzt.

ihnen ist das Delirium tremens, der Säuferwahnsinn. Er entsteht fast nur nach langjährigem Alkoholmißbrauch; doch haben wir ihn dann und wann bei jungen Leuten im Anfang der zwanziger Jahre gesehen, die erst zwei bis vier Jahre dem Trunke huldigten; sie waren bis jetzt alle latente Schizophrene. Auch bei Kindern und Jugendlichen, denen etwa der Arzt zur Stärkung schwere Alkoholika verordnet hat, kann das Delir schon nach wenigen Jahren ausbrechen; solche Fälle sind aber glücklicherweise recht selten.

Meist lösen Gelegenheitsursachen den Anfall aus: irgendwelche schwächende Momente: beliebige akute Krankheiten, namentlich fieberhafte (Pneumonie, Exazerbation des alkoholischen Magenkatarrhs, Influenza usw.), exzessive und anhaltende Libationen, Traumen. BONHOEFFER meint, daß die letzteren weniger Ursache als Folge der beginnenden Alteration der Besonnenheit und der Vorsicht seien; doch fürchtet auch der operierende Chirurg die Krankheit nicht ohne Grund.

Auch die Alkoholabstinenz soll Delirium tremens hervorbringen. Dem widerspricht aber sehr bestimmt die Erfahrung in den Trinkerheilstätten und den Irrenanstalten, in denen jeder Alkoholiker vom Eintritt an abstinent gehalten wird. Nach meiner und anderer Erfahrung bricht da kaum in einem Promille der Fälle ein Delir aus, das bei einigermaßen guter Anamnese oder Untersuchung beim Eintritt nicht schon vorher nachzuweisen war, während im Gegenteil manche schon klar zu diagnostizierenden Fälle „trotz" der Abstinenz abortieren. So weit ich die zum Beweise des Gegenteils angeführten Einzelfälle kenne, sind sie äußerst kritiklos beschrieben und verwertet. Einer Diskussion würdig ist nur die Angabe von BONHOEFFER, daß das Delirium tremens sehr häufig in den ersten Tagen der Haft, namentlich bei Vaganten, ausbreche; da aber der gleiche Alkoholentzug in den Krankenanstalten nicht den gleichen Erfolg hat, muß der Unterschied in anderen Umständen liegen, und diese sind doch wohl nicht weit zu suchen: der psychische Einfluß der Haft, die schlechten hygienischen Verhältnisse, die verpönte Nahrung, der plötzliche Flüssigkeitsentzug und vielleicht noch andere Momente; haben nicht manche dieser Leute sich deswegen erwischen lassen, weil das Delirium bereits im Anzuge war? Plötzliche Verteuerung des Schnapses brachte Verminderung der Delirien mit sich; ebenso der Schnapsboykott in Breslau 1909/10. WIGERT[1]) hat gefunden, daß die Unterdrückung des Schnapsausschankes während des Generalstreikes in Stockholm von einer kleinen Anhäufung von Deliranten in Stockholm gefolgt war, statt 4,6 im Durchschnitt und 9 im Maximum kamen 16 Fälle in der ersten Woche zur Beobachtung, einer in der folgenden, dann keiner mehr bis zur Wiedereröffnung der Schenken. Der Autor hat aber, wie er mir privatim mitteilt, die einzelnen Fälle nicht untersucht, so daß auch hier erstens nicht einmal bewiesen ist, daß diese Deliranten vorher alkoholfreie Tage hatten, und zweitens das Hinzukommen anderer Momente (Arbeitslosigkeit, Hunger) sehr wahrscheinlich ist. Wollte man aber die unwahrscheinliche Annahme, daß es sich um wirkliche Abstinenzdelirien gehandelt habe, gelten lassen, so bleibt durch diese Untersuchung bewiesen, daß Abstinenzdelirien,

[1]) Die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm während des Alkoholverbots August—September 1909. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910, I. Bd. Orig. S. 556.

auch wenn sie vorkommen, so selten sind, daß es unrichtig wäre, mit ihnen zu rechnen: Auf die vielen Tausende von Trinkern, die plötzlich zur Abstinenz gezwungen werden in einer Stadt, die im Jahr 4,4 Millionen Liter Schnaps konsumiert, wären es höchstens ein Dutzend Fälle.

Manchmal, aber nicht immer, gehen dem Delirium tremens wochen-, ja monatelang Vorboten voraus: Der Schlaf wird verkürzt oder auch durch Aufschrecken gestört, die Trinker werden verdrießlich, reizbar; es tritt Beklommenheit ein, die sich zu eigentlicher Angst, die psychisch unmotiviert erscheint, steigern kann. Gelegentlich zeigt sich Schwindel. Das ganze Benehmen wird unruhig. Der feinschlägige Tremor wird rasch gröber; dann kommen einzelne Halluzinationen, namentlich des Gesichts, gewöhnlich in stabiler Form: Ein schwarzer Hund folgt dem Patienten jedesmal vom Frühschoppen, zwei Schutzleute stehen hinter dem Schrank, so oft er nach Hause kommt u. dgl. Die Täuschungen erschrecken die Patienten, werden aber meist zunächst als solche erkannt.

Das eigentliche Delir bricht gewöhnlich ziemlich plötzlich in der Nacht aus, nach Aufschrecken aus dem Schlaf oder auch bei voller Schlaflosigkeit.

Im Vordergrund stehen Halluzinationen ganz charakteristischer Färbung: Sie betreffen in erster Linie Gesicht und Getast. Die Visionen sind multipel und beweglich und haben Neigung zu Verkleinerungen. Getast- und Gesichtshalluzinationen haben ferner beide sehr oft den Charakter von Drähten, Fäden, Wasserstrahlen und anderen langgezogenen Dingen. Elementare Visionen, Funken und Schatten u. dgl. sind häufig. Gehörshalluzinationen treten zurück; sind welche vorhanden, so wird am meisten Musik gehört, was bei anderen Psychosen sehr selten ist. Dabei kommen elementare Halluzinationen, namentlich in Form von Knallen von Schüssen vor, aber auch Sausen, Brausen, Zischen u. dgl. Worte und Sätze sind nicht gerade selten, aber sie treten zurück; während des ganzen Krankheitsverlaufes können Deliranten mit Hunderten von halluzinierten Personen, die alle stumm sind, optisch in Beziehung treten. Waren die Gehörshalluzinationen im Vordergrund, so handelte es sich in unseren Fällen bis jetzt immer um Komplikationen mit Schizophrenie. Dann und wann beobachtet man Geruchs- und etwas häufiger Geschmackshalluzinationen. Gar nicht selten sind Halluzinationen der kinästhetischen Empfindungen und der Lageempfindung. Wenn die Patienten sitzen, so spüren sie auf einmal den Sessel nach einer Seite schwanken, der Boden bewegt sich unter ihnen; sie glauben in sitzender oder aufrechter Stellung an der Arbeit zu sein, während sie im Bett liegen. Hierher gehört wohl auch, daß manchmal wirkliche Gegenstände, die in der Ruhe sind, sich zu bewegen scheinen. Einzelne Körperhalluzinationen lassen sich meist auf illusionistisch gedeutete neuritische Parästhesien zurückführen.

Auf der Höhe des ausgesprochenen Delirs zeichnen sich die Gesichtshalluzinationen trotz auffallend geringer Ausprägung der Farben durch große Lebhaftigkeit und Plastizität aus. Das fällt namentlich in Gegenden wie die unsere auf, wo im ganzen Beschreibungen von visuellen Erlebnissen sehr matt erscheinen; wenn aber die Trinker von ihren Halluzinationen erzählen, so beschreiben sie sie meistens mit auffallender Lebhaftigkeit und deuten mit den Händen die Formen und

Bewegungen an, wie wenn sie alles noch vor sich sehen würden. Leichteren Kranken wird „ein Theater gemacht"; der Kinematograph existierte für die Deliranten von jeher; man wirft ihnen Szenen von Balletteusen u. dgl. an die Wand.

Deutliche und undeutliche Visionen aber können plötzlich verschwinden, besonders wenn der Patient bei weniger lebhaftem Mithalluzinieren des Getastes in die Luft greift, wenn er nach einer Vision fassen oder schlagen will. Das gibt dann Gelegenheit zu allerlei Erklärungswahnideen. Ein delirierender Professor hatte große Freude daran, uns zu beweisen, was die moderne Reklame für ein lumpiges Ding sei; da solle man zusehen, jetzt habe er auf der Hand die schönsten Annoncen (die er uns las); jetzt mache er nur eine Bewegung, und alles sei verschwunden.

Kleine bewegliche und multiple Dinge sind in der Realität gewöhnlich durch kleine Tiere, wie Mäuse und Insekten vertreten. Solche gehören denn auch zu den häufigsten Säuferhalluzinationen; aber auch sonst sind Tiervisionen verschiedenster Art hier nicht selten; Schweine, Pferde, Löwen, Kamele, können verkleinert oder in Lebensgröße auftreten; manchmal auch Tiere, „die es gar nicht gibt", in ganz phantastischen Kombinationen. Auffallend oft habe ich in ganz gleicher Weise auf einem halluzinierten Brett an der Wand vorüberziehende Menagerien von allen möglichen, für gewöhnlich großen, hier aber auf gut Katzengröße verkleinerten Tieren schildern hören, die die Patienten sehr gut unterhalten. Auch Menschen sind häufig verkleinert („die Männeken sehen" = delirieren), können aber auch in Lebensgröße erscheinen.

Die Halluzinationen der verschiedenen Sinne kombinieren sich leicht. Die Mäuse und Insekten werden nicht nur gesehen, sondern auch getastet, wenn der Patient sie faßt, oder wenn sie über seine Haut krabbeln. Geld wird zusammengelesen und sorgfältig in eine halluzinierte Tasche gesteckt. Der Kranke sieht vorübergehende Soldaten und hört die Marschmusik; er sieht und hört auf sich schießen; er prügelt sich mit halluzinierten Angreifern herum, die er sprechen hört und — seltener — auch tastet.

Schroeder legt Gewicht darauf, daß die Sinnestäuschungen der Deliranten nicht ein Plus zum gewöhnlichen Weltbilde repräsentieren, sondern an Stelle desselben treten. Das ist aber, wenn auch oft in geringerem Grade, bei anderen Delirien auch der Fall, und bei vielen Dämmerzuständen noch mehr als beim Delirium tremens.

Neben den Halluzinationen bestehen massenhaft Illusionen des Gesichtes, weniger der andern Sinne. Der Kranke verkennt Personen und Sachen. Er verliest sich, oft vollständigen Unsinn produzierend, häufig aber nur falsche Wörter einsetzend, die irgendeinen logischen Zusammenhang mit dem wirklichen Text haben, z. B. Schrank statt Kasten, Eier statt Butter und ähnliches. Merkwürdig ist auch, daß bisweilen Deliranten, die unzusammenhängend oder vollkommen unsinnig vorgelesen haben, nachher doch den wirklichen Text richtig erzählen können. Halluzinationen und Illusionen kann man oft durch Suggestion hervorrufen und inhaltlich bestimmen und zwar unter Umständen im Anfang und am Ende des Delirs, wo spontane Sinnestäuschungen nicht vorhanden sind. Man drückt auf die geschlossenen Augen (nach Liep-

MANN) und frägt den Patienten, was er sehe. Sieht er nichts oder bloß elementare Lichterscheinungen, so frägt man ihn z. B., ob er den Hund sehe, was oft den Erfolg hat, daß er ein solches Tier wahrzunehmen glaubt und genau beschreiben kann. Man gibt ihm ein leeres Papier, auf dem er meist unsinniges Zeug, gelegentlich aber auch ganze Geschichten oder Geschäftsbriefe abliest. Er führt auf Aufforderung hin am (ausgeschalteten) Telephon ein längeres Gespräch (nach ASCHAFFENBURG). Es kann auch vorkommen, daß drei Halluzinanten, die nebeneinander im Bade sind, den nämlichen Fisch halluzinieren, den sie fangen wollen, und der von einer Badewanne in die andere springt. Auch sonst sind die Wahrnehmungen gestört. Bei kurzer Exposition verkennen die Kranken Bilder sehr leicht, und auch da manchmal wie beim Lesen in der sonst kaum vorkommenden Form, daß sie statt des richtigen Gegenstandes einen andern nennen, der zu ihm eine Beziehung (nicht aber die optische Ähnlichkeit) hat. Sie glauben z. B. statt einer Brille ein Opernglas zu sehen, statt einer Katze eine Maus; ein Vogelei wird als Nest bezeichnet (BONHOEFFER), eine Schaufel als „zwei Pickel". Es läßt sich oft leicht feststellen, daß es sich nicht um paraphasische Störungen handelt. Die eigentliche Wahrnehmung war also richtig; statt ihrer kommt aber eine überstürzt assoziierte Vorstellung zum Bewußtsein. Häufig wird von der Farbe der Bilder abgesehen; der grüne Kohlkopf in Meggendorfers „Nimm mich mit" wird mehr als nicht für eine Rose angesehen (übrigens auch nicht selten von Nichtalkoholikern). Die Gurke ist im nämlichen Buch schon mit einer Wurst verwechselt worden.

GREGOR und ROEMER haben in einem Falle gefunden, daß die Wahrnehmung verlangsamt sei. Demgegenüber ist auffallend, daß kurze Exposition (Ab- und Zudecken des Bildes von Hand, ohne Apparat) das Resultat gegenüber längerer in den unkomplizierten Fällen nicht stark oder gar nicht zu verschlimmern pflegt.

Daß bei den beständigen Gesichtstäuschungen die Orientierung im Ort schwer gestört ist, ist selbstverständlich. Doch ist das nicht bloß Folge der Halluzinationen. In den letzten Tagen eines sich etwas verschleppenden Delirs sieht man dann und wann die Orientierung fehlen, ohne daß noch Halluzinationen vorhanden wären und auch ohne eine Gedächtnistäuschung, die das erklärte. Auch die zeitliche Orientierung ist für die Dauer des Deliriums gestört, in schwereren Fällen auch darüber hinaus, so daß die Patienten eine falsche Jahrzahl angeben u. dgl. Oft erscheint den Kranken die Zeit des Deliriums viel länger, als sie in Wirklichkeit war.

Autopsychisch sind alle bloßen Deliranten orientiert. Sie wissen, wer sie sind, was für eine Stellung ihnen im Leben zukommt, was sie für eine Familie haben, wo sie wohnen usw.

Die Aufmerksamkeit ist schwer geschädigt. Sich selbst überlassen, sind die Kranken mit ihren Halluzinationen beschäftigt und kümmern sich nicht viel darum, was um sie vorgeht. Wenn man sie aber energisch anredet, kann man sie ablenken; in einer klinischen Vorstellung benehmen sie sich meist unangenehm geordnet, so daß man Mühe hat, die gröberen Eigentümlichkeiten des Verhaltens zu zeigen. Man kann, wenn man die Aufmerksamkeit, die beständig abzuschweifen strebt, immer wach hält, sogar psychologische Experimente mit den Alkohol-

deliranten machen. Sich selbst überlassen, sind sie sofort wieder mit ihren Halluzinationen beschäftigt. Auch wenn sie sich zusammennehmen, ist der Umfang des Denkens sehr beschränkt. Es sind also die Konzentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit, die Tenazität, die Vigilität und der Umfang derselben sehr stark vermindert.

Der Gedankengang der Deliranten ist noch ungenügend erforscht. Jedenfalls sind viel zu wenig Ideen präsent. Die Kranken reden nach momentanen Bedürfnissen, ohne auch einfache Widersprüche zu fühlen. (Vgl. unten bei den Ausreden.) Kompliziertere Überlegungen können sie überhaupt nicht mehr machen; so steht eine große Kritiklosigkeit im Gegensatze zur Promptheit der Antworten. Sie fällt namentlich auch gegenüber den unsinnigen Halluzinationen auf. Ein Patient kann ruhig erzählen, daß einer sich die Hände und den Kopf abgehackt hat; ein anderer ist viermal geköpft worden, u. dgl.

Bei der Unterhaltung[1]) zeigen sie, vielleicht zum Unterschied von allen anderen deliriösen und dämmerigen Zuständen, eine ungemein rasche Reaktion; namentlich Ausreden stehen ihnen mit einer verblüffenden Geschwindigkeit zur Verfügung und zwar nicht nur in bezug auf das Trinken, sondern nach allen Richtungen. Die Kranken wollen fort; man macht sie darauf aufmerksam, daß sie ohne Hosen seien, worauf man sofort die Anwort bekommt: „Ja, der verdammte Lehrbub, der stiehlt mir immer die Hosen, ich hab's ihm schon oft gesagt.“ Oder die Frau hat ihm die Stiefel weggenommen, damit er nicht ins Wirtshaus gehen könne usw. Einer zittert immer so stark, „wenn der Wind geht“. Einmal habe ich auf die Frage, wo Patient seine Hosen habe, die Antwort bekommen: „Zu Hause. Im Sommer trage ich nie Hosen“.

Ist das Delirium mit epileptiformen Anfällen oder irgendwelchen stärkeren organischen Störungen kompliziert, so kann diese Schlagfertigkeit fehlen und im Gegenteil eine Schwerfälligkeit der Auffassung und der Reaktionen auffallen.

Dauernde Wahnideen werden selten gebildet. Natürlich glauben die Leute an ihre Halluzinationen und suchen dieselben zu erklären; der Wahn verfliegt aber meistens wieder mit dem Wechsel der Sinnestäuschungen. Am häufigsten werden ängstliche Verfolgungsdelirien längere Zeit festgehalten. Die Kranken erzählen, wie verschiedene Leute Löcher in die Wand gemacht haben, dadurch Wasser oder Gift hineinspritzen u. dgl.

Das Gedächtnis ist stark gestört. Die Kranken erinnern sich schon während des Deliriums nur an einen geringen Teil dessen, was sie alles erlebt haben; vor allem geht regelmäßig die zeitliche Ordnung der Erlebnisse vollständig zugrunde (außer bei Fällen, die auf schizophrenem Boden entstanden sind. Hier werden oft die kompliziertesten Erlebnisse mehrerer Tage mit großer Klarheit reproduziert und die objektive Kontrolle, so weit sie möglich ist, kann eine gewisse Gewähr für die Richtigkeit der Erinnerung geben). Auch *nach* dem Delir ist die Erinnerung in der Regel eine sehr unvollständige; doch kann man durch Anführung von Erlebnissen manchmal die Patienten sich wieder auf

[1]) Wie bei der Wahrnehmung ergibt für die Assoziation das Laboratoriumsexperiment eine Verlangsamung der Reaktion. Wahrscheinlich erklärt sich das durch die Schwierigkeit, die die experimentelle Situation mit sich bringt.

einzelne Szenen besinnen lassen. Auch dann fehlen aber größere oder kleinere Entstellungen selten.

Wohl immer sind auch positive Gedächtnisstörungen mit dem Delirium tremens verbunden, die den Charakter von Spontan- und Verlegenheitskonfabulationen haben. Die Kranken erzählen eine Menge von Dingen, die sie weder in Wirklichkeit noch halluzinatorisch erlebt haben, und bringen ihre wirklichen Erfahrungen in ganz neue Zusammenhänge.

Die Erinnerungen aus der Zeit vor dem Delir bleiben meistens gut.

Die Affektivität hat etwas Spezifisches. Trotzdem die Kranken sich immer in für sie unpassenden Situationen befinden, selten erreichen, was sie wollen (ganz ähnlich wie im Traum), und durch ihre Visionen mehr geplagt als unterhalten werden, tragen sie alles mit einem deutlichen Humor. Sie empfinden oft selber die lächerlichen Unwahrscheinlichkeiten (für den Zuschauer: Unmöglichkeiten) ihrer Halluzinationen. Ernst nehmen können sie nichts als momentan eine ungeschickte Behandlung, die sie reizt, oder Angsthalluzinationen, die leicht zu gefährlichen Angriffen führen. An Angst leidet nämlich ein großer Teil dieser Kranken. Die Mischung von Angst mit euphorischem Humor („Galgenhumor") ist in den meisten Fällen vorhanden und kommt in der Weise sonst nirgends vor.

Entsprechend den lebhaften Gefühlen und der Kritiklosigkeit besteht eine große Suggestibilität. Man kann den Kranken meist ohne Schwierigkeit einreden, daß sie gestern dies und das getan hätten, da und dort gewesen seien. Die leichte Induktion von Halluzinationen ist schon erwähnt worden. Aufforderungen kommen die Patienten oft in übertriebener Zuvorkommenheit nach. Sie strecken die Beine viel zu hoch, wenn man die Patellarreflexe prüfen will usw. Es müssen aber noch andere Mechanismen zu ähnlichen Erscheinungen mithelfen. Man hat sich z. B. bei psychologischen Versuchen zu hüten, die nämlichen Versuchseinzelheiten mehrmals in der nämlichen Reihenfolge zu bringen, weil sonst die Kranken leicht im Sinne dieser Reihenfolge antworten. Es besteht also im Gegensatz zu der Gedächtnisstörung in einer uns noch nicht genauer bekannten Richtung eine abnorme Einübbarkeit von Assoziationen.

Das Verhalten ist so charakteristisch, daß man den Deliranten mit ziemlicher Sicherheit von weitem erkennt. Er ist in beständiger Unruhe; man bringt ihn hundertmal im Tag ins Bett und immer wieder ist er draußen: der Patient „läuft". Da wird in unsicherer zitteriger Weise immer etwas getan; an den wirklichen und halluzinierten Schlössern herumgedrückt, das Bett herumgestoßen, der Schrank gestützt, weil er umfallen wolle, Geld aufgelesen; es werden Mäuse und Spinnen gefangen, halluzinierte Schleimfäden oder Haare aus dem Munde gezogen und aufgewickelt, andere Fäden von den Gegenständen abgesponnen; der Patient schreitet mit komischer Umständlichkeit über gespannte Schnüre, vermeidet die Luft durchziehende Drähte, nestelt an den Kleidungsstücken, indem er die einzelnen Teile derselben verwechselt, den Ärmel für eine Tasche ansieht, das Hemd als Hose benutzen will u. dgl. Hinter der Türe vermutet er die Leute, die sie geschlossen halten, poltert dann, ruft „aufmachen" u. dgl. Er will fort, muß sofort in die Karlstraße, wo bestimmte Geschäfte auf ihn warten. Im ganzen

wird aber sehr wenig gesprochen im Gegensatz zu der hochgradigen motorischen Unruhe. Häufig sind Beschäftigungsdelirien, die sich inhaltlich gleichmäßig teilen mögen zwischen der Beschäftigung im Wirtshaus und der bei der Arbeit. Der Kutscher fährt auf dem Wagen oder putzt die Pferde, der Bäcker knetet und zieht Brot aus, der Schreiner hobelt, hantiert mit Brettern usw. Dann wieder wird der Krankensaal für eine Wirtsstube gehalten, der Wärter für die Kellnerin; der Patient bestellt Bier, bekommt es auch manchmal halluzinatorisch und kann es mit Genuß trinken. Häufig aber empfindet er es ärgerlich, daß man nichts bringt, und reklamiert, um die Ungehörigkeit im nächsten Augenblick zu vergessen. Es wird auch recht viel Ungeschicktes gemacht; das Hemd wird oft zerrissen. Ein Wirt hielt zu Hause seine große Zehe für einen Pfropfen, schraubte den Zapfenzieher hinein und fing an, aus Leibeskräften daran zu zerren.

Schwerere Fälle bleiben mehr im Bett, haben aber die nämlichen Vorstellungen; das Bett mit seinen einzelnen Stücken repräsentiert dann den größten Teil der illusionistisch verkannten Umgebung; es ist

Abb. 2. Schrift eines Deliranten. Ziemlich grobes, unregelmäßiges Zittern und starke Ungleichheiten des Druckes.

ein Wagen mit Pferd, eine Hobelbank usw. Von der Decke hat der Patient Tiercben abzufangen; gelegentlich liest er ganze Geschichten, die auf dem Leintuch stehen sollen.

Nimmt die Schwäche zu, so werden die Delirien mussitierend; die Kranken machen nur noch grob zitternde Bewegungen, die schwer zu deuten sind, zupfen an der Decke oder lesen Flocken. In tötlichen Fällen können auch krampfartige Bewegungen, Zähneknirschen u. dgl. hinzukommen.

Der Delirant wird nicht unrein, außer sub finem.

Das Delirium scheint nach Gegenden, resp. der Art des üblichen Alkoholgenusses — vielleicht auch der Behandlung? — zu variieren. Die schwersten Fälle (außer Korsakow) habe ich bei Leuten aus dem Osten gesehen. Während bei uns mit den Patienten leicht auszukommen ist, und sie gerne sich mit uns in Beziehung setzen, sollen sie in Rußland viel mehr gewalttätig und autistisch sein.

Unter den körperlichen Symptomen, die nie ganz fehlen, aber an Schwere nicht immer im Verhältnis zur Stärke der psychischen Störungen stehen, ist der grobschlägige, unregelmäßige Tremor, der in allen Bewegungen, auch in der Sprache, deutlich wird, am auffallendsten.

Der Puls ist meist frequent, flatterig, unregelmäßig und, wenigstens in schweren Fällen, klein. Der Blutdruck soll dennoch erhöht sein, so lange kein Kollaps droht. Es handelt sich bei der Herzschwäche nicht

›loß um die chronischen Störungen des Alkoholikers, sondern um ein ›ffenbar toxisches Novum, das mit den Delirien erscheint und wieder 'erschwindet. Das Gesicht ist im Gegensatz zu der Trinkerröte meist ahl und zugleich mit Schweiß bedeckt, so daß die Patienten oft stark .ollabiert erscheinen. Der Urin ist immer hoch gestellt, enthält auf der Iöhe des Anfalls meist ein wenig Eiweiß, in einzelnen Fällen auch rößere Mengen und während längerer Dauer; nicht selten findet man twas Zucker.

Die Pupillen reagieren oft schlecht, können auch ungleich und sogar .nregelmäßig sein. Die tiefen Reflexe sind meist erhöht, bei Neuritis .atürlich abgeschwächt; oft sind sie bei der Aufnahme noch stark, am olgenden Tage schwach oder fehlend.

Die Temperatur ist, auch wenn keine Komplikationen vorhanden ind, meist leicht erhöht, in seltenen Fällen bis über 40°, so daß die Kranen an Hyperpyrexie zugrunde gehen (Delirium tremens febrile).

Häufiges akzessorisches Symptom sind auch typisch epileptiorme Anfälle, die meist vereinzelt, seltener gehäuft, auftreten, auch inmal das ganze Delir einleiten.

Manchmal bestehen deutliche Zeichen von Neuritis oder doch .euritischer Reizung, Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Nerventämme und die Muskeln, daneben Schwäche und sogar Paresen. Mehrach habe ich den Optikus akut entzündet gesehen; auch zentrale orgaische Zeichen, wie Koordinationsstörung oder Kleinhirnataxie, können .uftreten; doch sind sie neben dem starken Tremor oft schwer zu sehen. n vielen Fällen besteht vollständige Analgesie, was namentlich in hirurgischen Fällen oft recht unangenehm ist. Die Patienten wollen uf frisch amputierten Beinen oder mit gebrochenen Knochen herumehen, reißen Verbände ab, wühlen in ihren Wunden.

Der Schlaf fehlt auf der Höhe ganz oder ist doch sehr mangelhaft. 'berhaupt sind die Aufregungen regelmäßig in der Nacht stärker als m Tage.

Verlauf. Die Krankheit geht meist in zwei bis vier oder fünf 'agen in Heilung über, oft durch einen gewöhnlich recht langen kritischen chlaf, in anderen Fällen allmählich. Länger als vierzehn Tage habe ich ein Delirium tremens dauern sehen. Je langsamer die Heilung verläuft, m so eher sind organische Störungen im Sinne des Korsakow damit erbunden; Delirien, die sich tiefer in die zweite Woche hinziehen, nd wohl immer kompliziert, ebenso diejenigen, wo nach einer Besserung ne Art Rezidiv auftritt.

Verläuft die Krankheit lytisch, so blassen die Halluzinationen allıählich ab und werden weniger. Oft verlieren sie aber zunächst sukzessive en Realitätswert: die Vögel sind nicht mehr lebendig, sondern ausestopft; die Szenen werden extra gespielt und schließlich nur noch ptisch, wie durch die Zauberlaterne, an die Wand geworfen.

In vielleicht zwischen 1 bis 2 Proz. der unkomplizierten Fälle sterben ie Kranken an Herzschwäche. Außerdem können natürlich die verurıchenden Krankheiten (vereiternde Pneumonien usw.) tötlich sein. Die Iortalitätszahlen von verschiedenen Orten sind deshalb nicht vergleichar, weil je nach den Aufnahmeverhältnissen in eine bestimmte Analt hauptsächlich komplizierte oder hauptsächlich unkomplizierte älle kommen. Doch gibt es immer noch Statistiken, die bis auf 26 Proz.

Todesfälle kommen. Ich kann mir das nicht anders denken, als daß da Fehler in der Behandlung gemacht werden.

Nach dem Delir bleibt natürlich der chronische Alkoholismus. Der anatomische Befund läßt annehmen, daß bei jedem Alkoholdelir einzelne Gehirnbestandteile zugrunde gehen. In schwereren Fällen ist das Delir von alkoholischem Schwachsinn oder Korsakow gefolgt. Einzelne Wahnideen können auch längere Zeit bestehen bleiben, bis sie mehr vergessen als korrigiert werden. Nach einigen können sich auch „alkoholische Verrücktheiten" und chronische Halluzinosen anschließen.

Die Anfälle von Delirium tremens können sich wiederholen; der nämliche Patient kann im Laufe einiger Jahre ein Dutzend und mehr Delirien durchmachen. Solche unermüdliche Rezidivisten werden aber regelmäßig recht blöde.

Neben den typischen Fällen gibt es abortive, die nur einzelne Symptome, z. B. ganz leichte Benommenheit und starken Tremor, oder einige Halluzinationen zeigen und in einem oder zwei Tagen vollständig vorübergehen. Dann gibt es Delirien, die zum voraus „chronischen" Charakter haben: Die Patienten bleiben meist orientiert, halluzinieren fast nur nachts, und auch da nicht immer, schlafen dazwischen; am Tage können sie unter Umständen sogar einfachere Arbeiten verrichten. Solche Delirien können vier Wochen anhalten und sind zu unterscheiden von den voll entwickelten Anfällen, bei denen Komplikation mit Korsakow ein längeres Hinausziehen der Rekonvaleszenz bedingt.

Bei Schizophrenen wird das Delirium tremens modifiziert. Die Delirien verraten oft Komplexe. Die Gehörshalluzinationen treten hervor (Körperhalluzinationen sind, soweit meine Erfahrung reicht, nicht gerade häufig). Vor allem aber sind die Delirien zusammenhängender; die Kranken erleben tagelang komplizierte Szenen.

Ein solcher Patient beschreibt seine Erlebnisse im Gefängnis und in der Irrenanstalt auf 36 Seiten ganz dramatisch: „... Was ich da auf einmal anschauen mußte, machte meine Haare zu Berge stehen ... Wälder, Flüsse, Meere mit allen schrecklichen Tier- und Menschengestalten, die noch kein Menschenauge je gesehen, schwirrten unaufhörlich vorüber, abwechselnd mit Werkstätten aller Professionen, darinnen arbeitende schreckliche Geistergestalten ... Die Wände zu beiden Seiten waren alles nur ein Meer, mit tausenden kleinen Schiffen darauf; die Insassen waren alles nackte Männer und Weiber, die ihrer Lust nach dem Takte der Musik fröhnten, wobei jedesmal nach deren Befriedigung eine Gestalt hintennach das Paar mit einem langen Spieß erdolchte, daß das Meer sich blutrot färbte, aber es kamen immer neue Scharen ... Personenzug, aus dem viele Leute ausstiegen. Unter diesen hörte ich die Stimme meines Vaters und meiner Schwester K., welche kamen, um mich zu befreien ... ich hörte sie deutlich miteinander reden ... Dann hörte ich meine Schwester wieder mit einer alten Frau flüstern; ich rief ihr nach Leibeskräften, sie solle mich befreien ... Sie rief, sie wolle es tun, jedoch die alte Frau ließ sie nicht gehen, indem sie meiner Schwester beteuerte, sie würde dadurch das ganze Haus ins Unglück bringen, mir aber geschehe hier nichts ... Ich erwartete unter Gebetstränen meinen Tod. Es herrschte auch eine Totenstille, und Geistergestalten umgaben mich scharenweise ... endlich kam einer der Geister und hielt mir in einer gewissen Entfernung seine Uhr vor die Augen, indem er mir bedeutete, daß es noch nicht drei Uhr wäre, denn sprechen durfte keine der Gestalten ... Nun gab es lange Unterhandlungen zwischen den Verwandten des Patienten, die ihn loskaufen wollten, zuerst mit kleineren Summen, dann mit höheren. Andere Stimmen berieten, wie sie den Patienten umbringen wollten. Dann wurden die Verwandten auf Leitern gelockt und in den Burggraben geworfen, wo man sie schreien und röcheln hörte. Die Frau des Gefangenwarts kam, schnitt Stück für Stück, von seinen Füßen anfangend, von seinem Fleische ab bis zur Brust herauf, briet und aß es. Auf seine Wunden streute sie Salz. Patient wurde auf einem stark schwankenden Gerüste in die verschiedenen Himmel bis in den achten hinaufgezogen, an Posaunenchören vorbei, die seinen Ruhm ausriefen.

chließlich wurde er wegen irgendeines Fehlers wieder zur Erde befördert... Leute ßen an einem Tisch und aßen und tranken von Dingen mit dem köstlichsten Aroma; er wenn man ihm ein Glas reichte, so war es in nichts verschwunden und er litt großen urst. Hierauf mußte er stundenlang laut zählen und rechnen (objektiv: Verbigera on). Man reichte ihm in einem Fläschchen Himmelstrank; wenn er es aber nehmen ollte, so zerbrach es, und der Inhalt floß ihm zwischen den Fingern hindurch ie Leimfäden. Später wurde zwischen seinen Peinigern und seinen Verwandten eine oße Schlacht geschlagen, von der er nichts sah, aber Schlag und Stöhnen usw. hörte. ann kamen Skorpionen, an langen Fäden gezogen. Auf dem ganzen Transport die Anstalt, der vom Patienten auch verkannt wurde, saß seine Schwester auf dem ache des Wagens und rief ihm immer das Gleiche. In der Anstalt war ein Mann, r ihn immer mit Urin bespritzte, so daß Patient sehr frieren mußte.

Anatomisch findet man als Ausdruck der Vergiftung kranke und n Untergang begriffene Ganglienzellen und Fasern im ganzen Gehirn, enn auch nicht überall gleich verteilt. Die Fasern sollen namentlich ı den motorischen Zentren und im Kleinhirn zahlreich zugrunde gehen. unktförmige Blutungen sind häufig und gehören der Gefäßdegeneration n. Daneben besteht entsprechend dem Herztode venöse Stauung des chädelinhaltes. Natürlich finden sich auch die klinischen Zeichen des hronischen Alkoholismus im Gehirn und den andern Organen. Brüchig eit und Verfärbung des Herzmuskels hängt indes wohl mit der akuten rankheit zusammen.

Die Ursachen sind einleitend angeführt worden. Langdauernde runksucht muß den Boden vorbereitet haben, und zwar befällt die rankheit hauptsächlich, wenn auch wohl nicht ganz ausschließlich, rinker, die Schnaps — allein oder nebst andern geistigen Getränken — enießen.

Das häufigste Erkrankungsalter ist dementsprechend dreißig is fünfzig Jahre, wobei das Maximum näher der letzteren Zahl als der rsteren liegt und manche Fälle auch die Fünfzig überschreiten.

Die Pathologie des Delirium tremens ist noch ganz unklar. Natür ch handelt es sich nicht um eine direkte Alkoholvergiftung, sondern m eine (offenbar chemische) Noxe, die infolge langjährigen Alkohol enusses unter bestimmter persönlicher Disposition von zufälligen Schäd chkeiten frei gemacht wird. Jedenfalls wird nicht bloß das Gehirn abei vergiftet, sondern auch das Herz, vielleicht auch die Nieren und och andere Organe.

Die Veränderungen im Gehirn, die so häufigen neuritischen Er cheinungen, die Pupillenstörungen, deuten darauf hin, daß das Nerven ystem in ähnlicher Weise wie beim Korsakow, nur quantitativ geringer, eschädigt wird.

Dieser Umstand und der Charakter der Halluzinationen selbst machen es ehr wahrscheinlich, daß die Sinnestäuschungen auf Reizungszuständen (wohl peri herer Lokalisation) beruhen. Die kleinen beweglichen, multipeln, meist farb sen, hellen oder dunkeln Visionen wären Umdeutungen von Reizen im Sehapparat; ie fadenförmigen und wohl auch viele Insektenhalluzinationen entsprechen Reiz uständen in der Haut, wo wir sie ja auch von anderen Nervenalterationen her ennen. Überhaupt wird das Hervortreten der Tasthalluzinationen im allge meinen, das wir sonst nirgends in dieser Weise finden, durch die Alteration der lautnerven zu erklären sein. Für einen mehr peripheren Ursprung der Halluzina ionen spricht auch die geringe Beteiligung der Psyche. Es handelt sich sehr selten m Komplexhalluzinationen; stellt sich die Mehrzahl der Sinnestäuschungen in en Dienst der Komplexe, so darf man mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auf omplikation mit Schizophrenie schließen. Meistens sind die Patienten wenig

oder gar nicht beteiligte Zuschauer ihrer Halluzinationen, oder sie fassen die Unannehmlichkeiten, die ihnen die Tiere verschaffen, als komisches Mißgeschick auf. Bloß die ängstlichen Halluzinationen haben eine andere Bedeutung. Sie sind offenbar der Ausdruck der durch Herzschwäche und vielleicht auch der direkt durch die Vergiftung entstehenden körperlichen Angst, die sich wie im Traum und im Fieber durch Halluzinationen ausdrückt. Daß die Angst mit Euphorie und leichtfertigem Humor gepaart ist, kann nicht befremden, denn die letzteren Eigenschaften bringt ja der zugrunde liegende chronische Alkoholismus mit sich.

Die Diagnose ist meistens sehr leicht. Es kommen in Betracht: Zunächst der ganze Aspekt, den man einmal gesehen haben muß; dann die Anamnese, in der übrigens der Trunk manchmal von allen Seiten zunächst geleugnet wird; die körperlichen Zeichen des Alkoholismus; der grobe Tremor; die Art der Halluzinationen: Kombination von Gesicht und Getast; auf beiden Gebieten häufig fadenförmige Gebilde, auf Seite des Gesichtes multiple bewegliche Halluzinationen, namentlich Tiere mit Neigung zu Kleinheit; die Erhaltung der autopsychischen Orientierung; die Promptheit der psychischen Reaktionen; die (relative) Weckbarkeit aus dem Delirium; die Seltenheit von Komplexinhalten, die Mischung von Humor und Angst.

So viel ich gesehen habe, sind die Fieberdelirien, die so oft mit Delirium tremens verwechselt werden, regelmäßig Komplexdelirien, und es fehlt ihnen die rasche Reaktion. Doch gibt es vielerlei Fieberdelirien und die Psychiatrie kennt noch nicht alle.

Wichtig ist, daß durch begleitenden Alkoholismus beliebige andere Zustände „alkoholische Färbung" bekommen können. Die zusammenhängenden, auch optisch besonders plastischen Halluzinationen Schizophrener sind oben erwähnt. Lebendige Tiervisionen u. dgl. mischen sich in andere Krankheitsbilder, z. B. in epileptische Dämmerzustände.

Behandlung. Das Delirium tremens muß leider meistens zu Hause oder in dem gewöhnlichen Spital behandelt werden. Der Arzt soll aber nicht vergessen, daß eine Heilung vom Alkoholismus nur dann angeschlossen werden kann, wenn der Patient in eine passende Irrenanstalt kommt.

Erste Bedingung für eine richtige Behandlung ist Überwachung. Die Kranken stellen sehr leicht Unglück an. Einmal weil sie halluzinieren und illusionieren und zwar mit dem Gesichtssinn, wie sonst niemand. Die Wirklichkeit existiert in den Momenten des Halluzinierens nicht; die Deliranten sehen das Fenster für die Türe, die Treppe für die Straße an, laufen deshalb Gefahr, zu stürzen; sie sehen statt der Zimmerwand das offene Feld, rennen deshalb die Köpfe an und bekommen eine tödliche Meningealblutung; oder sie fühlen sich angegriffen oder beleidigt, sind eifersüchtig auf die Frau, greifen zu den Waffen; oder sie hantieren mit den Waffen so, daß sie unwillkürlich sich oder andere verletzen. Einer unserer Patienten sprang, um sich vor den Tieren zu verstecken, in die Jauchegrube. In chirurgischen Fällen bilden die Analgesien die wichtigste Gefahr. Die Wärter sollen versuchen, die Kranken im Bett zu halten. Sie gehen zwar immer wieder heraus, aber beim vollen Gehenlassen in einem nicht besonders eingerichteten Zimmer wird leicht zu viel zerstört. Wird der Patient schwächer, so ist er leichter im Bett zu halten, glücklicherweise, denn gerade dann spart die Bettlage die Kräfte. Das immer wieder ausgesprochene Verlangen,

laß sie im Bette bleiben und ins Bett gehen, ist eine ausgezeichnete
Ablenkung, *die nicht stark reizt*. Statt des Bettes wird auch oft
las laue Bad empfohlen. Es ist natürlich auch ein guter Aufenthaltsort
ür den Deliranten; ob es aber an sich das Delir abkürze oder beruhigend
virke, ist fraglich. Bei richtiger Behandlung ist ein Delirant nur aus-
ıahmsweise gewalttätig; er kann allerdings sein Hemd zerreißen, eine
Tür beschädigen u. dgl. Zu eigentlichen Kämpfen kommt es fast nur
ɔei Ungeschicklichkeit oder Ungeduld der Wärter, oder dann etwa bei
chweren Angsthalluzinationen; aber auch diese letzteren sind beruhigen-
lem Einfluß zugänglich.

Der zweite wichtige Punkt ist die *Ernährung*. Die Kranken sind
lem Kollapse nahe, das Herz ist vergiftet, der Urin ist zu spärlich, die
Magenfunktion ist durch den Katarrh gestört, die Kranken nehmen
ich nicht die Zeit, zu essen, oder verweigern die Nahrung, weil sie Ver-
giftung fürchten. Allen diesen Indikationen entspricht *Milchnahrung*
nicht ausschließliche Milchdiät, außer bei komplizierender Leber-
zirrhose und Nierenkrankheit). Man biete den Kranken neben den
gewöhnlichen Speisen Milch an, ein bis mehrere Liter im Tage. Da sie
Flüssigkeiten zu schlucken gewohnt sind, ist Getränk am ehesten bei-
zubringen; zugleich ist die Milch nahrhaft und relativ leicht verdaulich.
Sie befördert etwas die Diurese und wirkt so wahrscheinlich entgiftend
ıuf den Organismus.

Alles andere ist Nebensache. Im Privathause wird man meist ge-
zwungen werden, *Schlafmittel* zu geben. Sie nützen nicht viel, wahr-
scheinlich gar nichts, bis die Höhe überschritten ist, das heißt wohl,
bis sie nicht mehr nötig sind; vielleicht kann man allerdings in diesem
Moment den kritischen Schlaf ein paar Stunden früher herbeiführen.
Angewendet werden Chloral, Sulfonal, Trional, Methylal, Amylenhydrat,
Paraldehyd, wovon namentlich das letztere zu empfehlen wäre.

Gegen den drohenden Kollaps gibt man auch *Herzmittel*. Wenn
ch das für nötig fände, würde ich z. B. Digalen reichen.

Viel diskutiert ist die Frage, ob man *Alkohol* geben soll. Sicher
st, daß, seitdem man auf die großen Alkoholgaben verzichtet, die Mortali-
ät stark gesunken ist; wenn man also mit Alkohol einzelnen Patienten
ıuch helfen würde, so brächte man eine größere Anzahl damit um. In
ıeuerer Zeit wird denn auch das Delirium tremens meistens alkoholfrei
ɔehandelt. Es ist aber nicht auszuschließen, daß einmal einer der
chweren Fälle, wie sie bei uns fast nur bei Leuten, die aus dem Osten
kommen, zu sehen sind, durch Alkohol über den schwierigen Punkt
hinweggebracht werden könnte; in einem einzigen Falle, den ich selbst
ɔeobachtet, kann ich das Resultat so deuten. In anderen Fällen, wo ich
nich durch die Angehörigen oder andere Umstände hatte bewegen lassen,
Alkohol zu geben, war kein Nutzen, aber wahrscheinlicher Schaden zu
konstatieren. Doch nehme ich an, daß nur die großen Dosen, die heut-
zutage kaum mehr üblich sind, direkte Gefahr bringen. — *Fühlt man
ich verpflichtet, Alkohol zu geben, so sei es in einer
Verkleidung, da sonst der Patient die ärztliche Sanktion
ler Überzeugung in den chronischen Alkoholismus hin-
ibernimmt, daß die Anregung ihm notwendig sei* (Rezept
S. 156).

Der Alkoholwahnsinn
(halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker KRAEPELINs. Akute Halluzinose der Trinker WERNICKEs).

Der Alkoholwahnsinn ist in vielen Dingen ein Gegenstück zum Delirium tremens. Er spielt sich hauptsächlich in Halluzinationen des Gehörs ab. Und diese haben einen eigentümlichen Charakter: Meist handelt es sich um Stimmen mehrerer oder vieler nicht anwesender Leute, die über den Patienten, also in der dritten Person, nicht zu ihm in dramatisch ausgearbeitetem Dialog reden[1]). Sie drohen ihm, halten ihm seine Sünden vor, beschimpfen ihn, machen Pläne, wie sie ihn nun fangen, ihn und eventuell auch seine Angehörigen quälen und martern wollen. Einzelne stacheln die andern auf, oder ein Teil nimmt Partei für den Kranken, sucht ihn zu verteidigen, zu retten. In ganz akuten Fällen wird der Zusammenhang meist weniger geordnet; an Stelle ruhigerer Szenen tritt ein Stimmengewirr. Manchmal sind die Stimmen rhythmisch (teils synchron mit dem Puls, teils mit einem äußeren Geräusch, z. B. dem Uhrticken), „du bist ja dumm, du bist ja dumm, du bist ja dumm" (BONHOEFFER), oder sie haben die Gestalt von Knittelreimen und Spottversen auf den Patienten. Häufig hören die Kranken ihre eigenen Gedanken oder Antworten auf dieselben, oder man konstatiert, was sie tun, oder kritisiert etwa ihr Handeln.

Daneben fehlen namentlich im Anfang selten Acoasmen, Geräusche, Sausen, Knacken von Gewehrhähnen, Aufschlagen von Flintenkugeln, Krachen, Pferdegetrappel, was alles in Beziehung zu dem Patienten gesetzt wird.

Von Halluzinationen anderer Sinne kommen am ehesten Gesichtstäuschungen vor, indem etwa eine der handelnden Personen hinter einer Tür oder irgendwo im Dunkeln gesehen wird. Dann können auch Visionen ähnlich wie beim Delirium tremens zwischendurch erscheinen. Auch Hautempfindungen, wie Angespritzt- oder Angeblasenwerden sollen vorkommen; Geruchs-, Geschmacks- und namentlich Körperhalluzinationen gehören wohl einer zugrunde liegenden Schizophrenie an.

Den Halluzinationen entsprechen Wahnideen der Verfolgung. Es sind Leute da, die den Kranken verhöhnen, ihn strafen, umbringen wollen, und unter Umständen auch einzelne, die sich seiner annehmen. So ganz unschuldig fühlt sich der Patient gewöhnlich nicht; man hält ihm neben ungeheuerlichen und unrichtigen Anklagen auch wirkliche Fehler, u. a. z. B. seine Trinkerei vor, übertreibt aber alles. Regelmäßig besteht Beziehungswahn, indem die eine oder andere wirkliche Person, namentlich aber das eine oder andere Ereignis mit den Machinationen gegen den Patienten in Verbindung gebracht wird. Sehr selten sind einzelne Größenideen. Der Wahn bildet kein festgefügtes, sorgfältig ausgedachtes Bild; die Kranken werden eben von einer Bande verfolgt; aber die Unwahrscheinlichkeiten werden nicht beachtet, geschweige beseitigt. Gelegentlich immerhin gibt es einige Erklärungen. Ihre Feinde haben Maschinen, mit denen sie die Kranken aushorchen und durch die sie mit ihnen reden; sie wollen sie auf irgendeinen

[1]) Immerhin ist es auch in den ausgesprochensten Fällen gewöhnlich, daß die Patienten sich mit denjenigen halluzinierten Personen in Verbindung zu setzen suchen, die sich ihrer annehmen, und daß sie von ihnen Antworten erhalten.

Vege vergiften. Übersinnliche Mittäter, Gott, Engel, Teufel, kommen :aum vor.

Dabei bleiben die Patienten *orientiert* und — innerhalb der Wahn- 'orstellungen — *besonnen*. Sie verkennen auch die wirkliche Um- ;ebung nicht; die halluzinatorischen Erlebnisse werden in diese hinein- ;esetzt.

Die *Aufmerksamkeit* scheint eine fast normale; man kann mit len Kranken geordnete Gespräche führen; allerdings werden sie durch lie Stimmen leicht wieder abgelenkt. Das formale Denken erscheint, o weit man es prüfen kann, außerhalb der Wahnideen nicht ver- ndert.

Der *Hauptaffekt* ist die Angst, die in keinem Falle fehlt und neistens das ganze Benehmen beherrscht, das übrigens nur vorüber- ehend der oft subjektiv ganz verzweifelten Situation entsprechend st. Die Kranken sind *relativ* gleichgültig, oft ergeben in ihr Schicksal; der sie gehen, statt sich selbst zu wehren, zur Polizei und verlangen Be- trafung der Verfolger. Ob diese unvollständige Reaktion Ausdruck ler Trinkeroberflächlichkeit ist, oder ob doch irgendwo ein Bewußtsein ler Unechtheit der Erlebnisse besteht, kann ich nicht entscheiden. Jeden- alls aber bleibt in einer großen Zahl der Fälle wie beim Delirium tremens ler *Trinkerhumor* neben der Angst bestehen. Trotzdem ist Selbst- nord nicht selten, namentlich im ersten Stadium. In chronisch ver- aufenden Fällen tritt auch *Reizbarkeit* hervor; doch habe ich eigent- iche Wutausbrüche nicht gesehen.

Die beim Delirium tremens so ausgesprochene *Suggestibilität* ehlt hier, wenigstens in bezug auf die Halluzinationen. Die Kranken assen sich von nichts abbringen, haben im Gegenteil das Bedürfnis, nderen ihre Auffassung zu beweisen.

Das *Gedächtnis* ist in allen Fällen gut, ja besser als man es bei er verwirrenden Mannigfaltigkeit der Erlebnisse erwarten könnte. Vährend und nach der Krankheit können die Patienten eine Menge on Details in geordneter Weise erzählen. — Konfabulation ist selten.

Das *Benehmen* der Kranken ist äußerlich geordnet; was sie Sonder- ares machen, ist Abwehr der vermeintlichen Angriffe. Im übrigen ewahren sie die Haltung. Manche reisen sogar herum, um ihren Feinden u entgehen, verbarrikadieren sich allerdings dann etwa im Hotel ihr immer u. dgl. In der Anstalt fügen sie sich den Anordnungen, soweit ie nicht durch die Halluzinationen gehindert werden. Der Arzt wird s als solcher erkannt und gehört nicht zu den Feinden, und die hallu- inierten Szenen sind ganz im Gegensatz zum Delirium tremens außer- alb des Raumes, in dem sich der Patient befindet. BONHOEFFER spricht eradezu von einem „besonnenen Delir".

Die *körperlichen Symptome* sind unbedeutend. Auffallender- eise sind Symptome des zugrundeliegenden chronischen Alkoholismus nanchmal gar nicht zu sehen, jedenfalls sind sie im Durchschnitt viel eniger ausgesprochen als bei allen anderen alkoholischen Krankheiten. n ganz akuten Fällen, die auch sonst Neigung zu Mischung mit deliriösen ymptomen haben, können allerdings auch grobes Zittern und ähnliche lkoholzeichen vorhanden sein. — Der *Schlaf* ist regelmäßig gestört, ber kaum je ganz fehlend wie beim Delirium tremens.

Verlauf. Der Alkoholwahnsinn bricht meist ganz akut aus; Vor-

boten brauchen nicht vorausgegangen zu sein, können aber in ähnlicher Gestalt wie beim Delirium tremens vorhanden sein, die Halluzinationen immerhin eher als Acoasmen wie als Gesichtstäuschungen, daneben Ängstlichkeit, Gereiztheit. Schleichender Übergang der Prodrome in das eigentliche Delir während einiger Tage oder sogar Wochen kommt nur selten vor. Der Ausgang ist wohl immer lytisch, sei es nach wenigen Tagen, sei es nach Monaten.

Wiederholte Anfälle beim nämlichen Patienten sind nicht selten.

In der Regel geht die Krankheit in Heilung über. Korsakow folgt dem typischen Alkoholwahnsinn nie. Fraglich ist, ob die Wahnideen und Halluzinationen in chronischer Form bestehen bleiben können. Jedenfalls kommt das sehr selten vor, außer wenn vorher schon ein Paranoid oder eine (latente) Schizophrenie bestand.

Nach dem Verlauf kann man mit KRAEPELIN eine akute und eine subakute Form unterscheiden, wovon die erste einige Tage bis wenige Wochen, die letztere etwa zwei bis drei Monate dauert. Übergangsformen sind aber nicht selten. Die beiden Typen unterscheiden sich indessen auch symptomatologisch deutlich; in den subakuten fehlt gewöhnlich jede Andeutung von Verwirrtheit; die halluzinierten Szenen sind daselbst am meisten ausgearbeitet und können ganz konsequent und einheitlich monatelang durchgeführt werden. Hier fehlen auch gerne die alkoholischen Zeichen. Bei den akuten Fällen umgekehrt ist der Alkoholismus ausgesprochener, sogar grobes Zittern und auch gastrische Symptome sind nicht so selten; die Stimmen sind verwirrter, sonderbarer, abgerissener, reden den Patienten häufiger an, z. B. bei Beschimpfungen; hier kommen die rhythmischen Aussprüche und Wiederholungen vor, und schließlich sind bloß hier Mischungen mit Delirium tremens-Symptomen vorhanden, die so überhandnehmen können, daß man nicht mehr weiß, welcher Krankheit man den Fall zuteilen soll.

So ist das Symptomenbild des Alkoholwahnsinns viel wechselnder als das des Delirium tremens. Die langsam verlaufenden Fälle benehmen sich äußerlich geordnet, so weit sie nicht auf die Wahnideen reagieren. können sie doch herumreisen, ohne gleich aufzufallen. Doch verraten ängstliche Unruhe, Verteidigungsmaßregeln oder Erzählungen von Verfolgungen leicht die Krankheit. Die akutesten sind von ihren Wahnideen und Halluzinationen so beherrscht, daß sie auf die Umgebung zu wenig Rücksicht nehmen und bei oberflächlichem Zusehen verwirrt erscheinen, ohne es zu sein.

Die Krankheit ist nicht häufig und kommt, ganz abgesehen von der verschiedenen Systematik an verschiedenen Orten, recht ungleich oft vor. Nach KRAEPELIN ist das Verhältnis zu Delirium tremens wie 1 : 3, nach SCHROEDER, Breslau, wie 1 : 20, bei uns ca. 1 : 44.

Der Alkoholwahnsinn betrifft nach KRAEPELIN relativ häufig Frauen.

Das Alter der Patienten ist im Durchschnitt geringer als beim Delirium tremens, nach SCHROEDER zwischen 30 und 35 Jahren.

Ursache und Pathologie sind noch ganz unklar.

Interessant ist bloß das Verhältnis zum Delirium tremens. KRAEPELIN und BONHOEFFER nehmen an, daß es sich um den nämlichen Prozeß handle bei verschiedener Disposition oder verschiedener Lokalisation des Angriffspunktes. Eine

„paranoide“ Konstitution soll wenigstens in den ungeheilt ausgehenden Fällen den Wahnsinn begünstigen, oder die Disposition sollte u. a. darin bestehen, daß die Visuellen Deliranten, die Auditiven (S. 48) Halluzinanten werden. Die Franzosen haben geradezu von einem akustischen und einem visuellen Alkoholdelir gesprochen. Es gibt aber zuviel andere Unterschiede in den beiden Krankheitsformen, als daß ich dieser Auffassung beistimmen möchte.

Auf der einen Seite „haben wir Desorientiertheit, Auffassungs- und Merkstörung, delirante Bewußtseinstrübung, Vorwiegen der Gesichtstäuschungen, gesteigerte Suggestibilität, große Unruhe, grobschlägiges Zittern, raschen Verlauf mit kritischem Abschluß, auf der andern Besonnenheit, Klarheit, ausgeprägte Gehörstäuschungen, zusammenhängende Wahnbildungen, weit langsameren Verlauf, allmähliches Zurücktreten der Krankheitserscheinungen“.[1]) Ich möchte hinzufügen, daß auch das Gedächtnis sich in beiden Fällen ganz verschieden verhält, und daß der Inhalt des Deliriums die Person des Kranken sehr wenig berührt, der Wahnsinn aber regelmäßig Komplexe verwertet, wenn auch oberflächliche, wie das Trinklaster.

Wichtiger als diese klinischen Unterschiede erscheint mir die verschiedene Ätiologie: die alkoholische Degeneration ist viel geringer beim Wahnsinn; schwächende Einflüsse lösen ihn nicht aus, dagegen oft gehäufte Exzesse; ferner ist zur Heilung Abstinenz wahrscheinlich nötig, jedenfalls sehr nützlich, da die Kranken, welche draußen weiter trinken, auch weiter halluzinieren, während sie oft in der Anstalt innert weniger Tage unter Abstinenz heilen. Man ist deswegen an einen direkteren Zusammenhang mit der Alkoholvergiftung zu denken gezwungen.[2]) Die Vergiftung selbst erscheint beim Wahnsinn eine viel leichtere schon in den Körperorganen (seltener Herzschwäche, Tremor), dann aber auch psychisch, indem das Denken und die Orientierung kaum gestört sind. Dies drückt sich auch darin aus, daß der Wahnsinn nicht zum Tod und nicht zum Korsakow führt. Es kann auch Alkoholwahnsinn und Delirium tremens beim nämlichen Alkoholiker auftreten, teils abwechselnd, teils in einem Nebeneinander der Symptome. Dabei ist ausgeschlossen, daß etwa die eine Krankheit eine Steigerung der anderen sei.

Es läßt sich also recht viel gegen die Theorie der Identität der beiden Krankheitsprozesse einwenden.

In den subakuten Fällen, die ich bis jetzt gesehen, konnte ich immer mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit nachweisen, daß außer dem Alkoholismus eine längst bestehende Schizophrenie vorhanden war. Nur bei *einem* Patienten habe ich aus der Anamnese bloß Debilität angenommen. Er wurde aber nach dem Abklingen des Wahnsinns so typisch katatonisch, daß ich ihn nicht als Ausnahme betrachten darf. Auch die (seltenen) akuten Fälle, die ich gesehen, waren alle wenigstens etwas abnorm in der Richtung der Schizophrenie, obgleich sich der Zusammenhang hier weniger deutlich aussprach[3]).

Die Differentialdiagnose des Alkoholwahnsinns als solchen ist meist recht leicht: Schon die Anamnese weist in der Regel auf die Krankheit hin, noch deutlicher aber die lebhaften und zusammenhängenden Halluzinationen. Ich kenne keine Psychose mit dramatisch zusammenhängend ausgearbeiteten Gehörshalluzinationen, die vom Patienten in der dritten Person sprachen, wo nicht Alkoholismus bestand. Auch die besondere Lebhaftigkeit der Halluzinationen bei anhaltender Besonnenheit und Orientierung zeigt die alkoholische Färbung mit Sicherheit an. Schwierig ist nur die Frage, ob eine ausgesprochene Schizophrenie dahinter besteht. Wo man weder in der Anamnese noch im Bilde selbst ausgesprochene schizophrene Zeichen (lebhafte Körperhalluzinationen, Affektstörungen) findet, darf man aber die Prognose nicht schlecht stellen, auch wenn

[1]) KRAEPELIN, Psychiatrie, 8. Aufl., II. Bd., S. 199.

[2]) Bloß psychische Einflüsse, wie plötzlich eintretender Kummer u. dgl. scheinen den Wahnsinn ebenfalls auszulösen.

[3]) Der Alkoholwahnsinn könnte also ein bloßes durch Alkohol hervorgerufenes Syndrom bei Schizophrenie sein. Dafür spräche der Umstand, daß auch sonst die gewöhnlich abgerissenen Gehörshalluzinationen bei Schizophrenen durch Alkoholmißbrauch leicht zusammenhängend werden.

die Schizophrenie sicher ist; letztere exazerbiert bei der Gelegenheit des Wahnsinns recht selten.

Therapie. Da die Kranken, wenigstens im Anfang, meist sehr stark selbstmordgefährlich und während des ganzen Verlaufes recht lästig sind, ist Anstaltsbehandlung wohl immer angezeigt. Bei günstigen Umständen kann man dann zugleich auch den Alkoholismus in die Kur nehmen.

Alkoholpsychosen mit organischen Symptomen.

Schon das Delirium tremens ist eine deutliche Vergiftung des Nervensystems mit Andeutungen von peripherer Neuritis, häufigen organisch bedingten Augensymptomen und akuter Alteration nervöser Bestandteile im Gehirn. Aber hier überwiegen die psychischen Erscheinungen, und sie sind anscheinend mehr der Ausdruck einer funktionellen Vergiftung des Zentralnervensystems als der geringen Zerstörung in demselben. Den Gegensatz dazu bilden die bloße alkoholische Neuritis und die (seltene) alkoholische Myelitis, wo nur eine anatomische Störung vorzuliegen scheint, und zugleich die Psyche ganz oder fast ganz intakt bleibt. Nun kann die akute Gewebsschädigung hauptsächlich das Gehirn betreffen oder sich nur im Gehirn lokalisieren; dann haben wir die Korsakowsche Psychose, deren Charakteristikum der organische Symptomenkomplex verbunden mit neuritischen Erscheinungen bildet. In anderen Fällen lokalisiert sich der Prozeß außer in der Rinde noch in den Zentren, die den inneren Augenmuskeln und der Sprachkoordination vorstehen, wodurch ein der Paralyse ähnliches Bild entsteht (alkoholische Pseudoparalyse). Zwischen diesen als Typen herausgehobenen Grenzfällen gibt es alle Übergänge und Mischungen, und die Zahl der Kombinationen wird noch vermehrt dadurch, daß solche Prozesse auch chronisch oder subakut sein können; namentlich die Degeneration der Hautnerven und die rheumatoiden Schmerzen verlaufen sogar regelmäßig ganz chronisch. Neuritiden in einzelnen Nerven, namentlich den Peroneis, können subakut einsetzen; auch Psychosen nach Art des Korsakow und noch häufiger der Pseudoparalyse können Monate zu ihrer Entwicklung brauchen. Natürlich gibt es auch leichte, „abortive". Fälle.

Wir treffen also in der Wirklichkeit beliebige Mischungen von chronischen und akuten Neuritiden und zerebralen organischen und toxischen Erscheinungen (den organisch-zerebralen Prozessen entspricht das organische Syndrom, den funktionellen das Delirium-tremens-Syndrom); die ganz reinen Fälle sind nicht einmal die häufigeren; aber in der Regel stellt sich eines der Syndrome in den Vordergrund. Delirium tremens ist besonders häufig mit den akut einsetzenden Krankheiten verbunden, seien es neuritische oder pseudoparalytische oder korsakowartige.

Die Einteilung der akuten Formen in Delirium tremens, Korsakow, Pseudoparalyse, Polienzephalitis superior bedingt also nicht eine scharfe und prinzipielle Trennung. Ob es sich nur um Unterschiede der Lokalisation und der Intensität und der zeitlichen Entwicklung bei Einwirkung des nämlichen Giftes oder um Kombinationen verschiedener Gifte handelt, weiß man noch nicht.

Von der mehr neurologischen Seite drängen sich zwei Formen in den Vordergrund, die man erwähnen muß: Es können die innern und sogar äußern Augenmuskeln besonders stark betroffen sein; die Fälle, die ich gesehen, verliefen alle

mit einem etwas lange hingezogenen und nicht sehr ausgesprochenen Delirium tremens. Sie heilten in einigen Wochen oder Monaten aus. — Dann hat CHARCOT die (doppelseitige) alkoholische Neuritis der Peronei herausgehoben mit Lähmung der vorderen Fußmuskeln und daraus folgendem Herabsinken der Fußspitzen („Steppergang"). Sie scheint hauptsächlich bei Trinkern feiner Schnäpse vorzukommen.

Die alkoholische Korsakowpsychose.

(Chronisches Alkoholdelir nach KIEFER und BONHOEFFER.)

Die Korsakowpsychose beginnt in der Mehrzahl der Fälle mit einem Delirium tremens, das etwas langsam abklingt und das organische Syndrom hinterläßt. Es entspricht nicht der Wirklichkeit, wenn man bloß den „amnestischen Symptomenkomplex" als das Charakteristische bezeichnet, sondern es gehören alle anderen organischen Symptome dazu.

Immerhin ist der Gedächtnisdefekt im Vordergrund. Die Kranken vergessen in den ausgesprochenen Fällen von einem Augenblick zum andern, was sie erlebt haben; sie berichten und verlangen bei jeder Visite das Gleiche. Doch können etwa einzelne Fakta, namentlich konfabulierte, lange Zeit erhalten bleiben. Meist besteht anfänglich eine deutliche Grenze in der Zeit des Krankheitsbeginnes, indem das vorher Geschehene noch erinnert wird. Doch verwischt sich dieselbe meist mit der Zeit; wie bei anderen organischen Krankheiten kann der Erinnerungsdefekt schließlich sehr weit zurückgehen. Manche leben z. B. wieder in der Militärzeit und haben das Spätere mit Ausnahme kleinerer Inseln wieder vergessen. — Erst wenn sich die Krankheit ein wenig gebessert hat, merken die Kranken zuweilen den Gedächtnisdefekt und suchen sich durch Notizen zu helfen.

Vorher verdecken sie sich den Defekt selbst durch die blühendsten Konfabulationen; sie scheinen nie verlegen, erzählen spontan und bei Anlaß alle möglichen fingierten Erlebnisse, meist solche, die noch denkbar sind, wenn man von der wirklichen Situation absieht.

Nicht verloren gehen die allgemeinen Anschauungen, welche die Patienten im Laufe des Lebens gewonnen haben, ebenso die einfacheren Fertigkeiten u. dgl. Die Kranken haben auch in den gewöhnlichen Fällen keine Schwierigkeit, die Worte zu finden.

Die Stimmung ist meist im Anfang eine alkoholisch-euphorische; nach Monaten oder Jahren kann sie nach verschiedenen Seiten umschlagen, moros oder gleichgültig werden. Im übrigen ist die Affektivität sehr labil und nach allen Seiten leicht anzuregen.

Die Orientierung ist hochgradig gestört. Die Patienten haben keinen Begriff mehr von den zeitlichen Verhältnissen, und auch örtlich finden sie sich erst nach längerer Zeit einigermaßen zurecht. Trotzdem bewegen sich die Kranken gewöhnlich ganz sorglos; sie merken ihren Defekt nicht und werden deshalb auch nicht ratlos.

Die Auffassung sinnlicher Eindrücke ist verlangsamt und wird leicht gefälscht.

Die aktive Aufmerksamkeit scheint im Gespräch ganz gut; die passive ist herabgesetzt.

Bei allen geistigen Anstrengungen ermüden die Kranken sehr rasch.

Im Anfang sind die Patienten meist ziemlich lebhaft; immer mehr aber ziehen sie sich zurück; sie zeigen wenig Initiative. Sich selbst überlassen kümmern sie sich weder um sich noch um die Umgebung stark.

Es gibt auch somnolente, stuporöse Fälle, meist infolge schwerer organischer Affektion, namentlich in der Gegend der Vierhügel.

Im ganzen werden bloß die Ausfallssymptome chronisch (also die der organischen Demenz, nicht das Delirium, der Stupor usw.); doch gibt es auch später noch etwa Verwirrtheitszustände und namentlich einzelne flüchtige oder länger bleibende aber nicht ausgearbeitete Wahnideen mit Vorliebe des Bestohlen- oder Verfolgtwerdens, auch etwa einmal eine Größenidee. Bei ganz Verblödeten können diese Wahnideen, sowie die Konfabulationen unsinnig erscheinen; der Patient ist „Kaiser von Rothschild" (SCHROEDER). In einigen Fällen habe ich schizophrenieartige Bilder folgen gesehen, doch waren diese Kranken vorher schon abnorm, so daß es sich wahrscheinlich um eine Kombination von Alkoholkorsakow und Schizophrenie handelte.

Die körperlichen Symptome sind, abgesehen von den Zeichen des chronischen Alkoholismus, die einer allgemeinen Neuritis: Schmerzen, Lähmungen, Atrophien, Kontrakturen in den Körpermuskeln, in den Augen, im Vagusgebiet, dem Schlucknerven, seltener in Blase und Mastdarm. Der Schlaf ist natürlich während des deliriösen Stadiums gestört, nachher meist nicht mehr.

Der Ernährungszustand liegt im Anfang meist darnieder. Im chronischen Stadium ist er normal, oder die Kranken haben geradezu ein größeres Körpergewicht als vorher.

Häufig finden sich, namentlich im Anfang des Verlaufes, epileptiforme Anfälle.

Verlauf und Prognose. Gewöhnlich gehen der Krankheit Vorboten voraus und zwar die nämlichen wie beim Delirium tremens. Dann bricht das Delir aus, meist mit ausgesprochenem Tremens-Charakter, in einzelnen Fällen auch in anderer Form. Es klingt langsam schwankend ab, den Gedächtnisdefekt hinterlassend. Man streitet sich, ob es auch eine chronische Form gebe. Die als chronisch aufgefaßten Fälle wollten einige dahin deuten, daß der vorher bestehende Gedächtnisdefekt dem Alkoholismus angehöre, auf dem dann ein, wenn auch sehr wenig markierter, akuter Auftritt die neue Krankheit beginne. Doch heilen auch chronische und subakute, ohne Delir im Verlauf von vielen Wochen sich ausbildende Fälle unter Umständen wieder aus. Es ist mir also sicher, daß es einen schleichenden Beginn einer Krankheit gibt, die wir sonst nicht vom gewöhnlichen Korsakow trennen können.

Die stuporöse Form ist wohl immer akut.

Im Laufe von etwa einem Jahr, bald etwas mehr, bald weniger, bessert sich regelmäßig ein Teil der Erscheinungen — am wenigsten die Affektstörung — in einzelnen Fällen bis zu einer vollständigen Arbeitsfähigkeit und praktischen Wiederherstellung. Die meisten Kranken bleiben aber mehr oder weniger blödsinnige Organische, wenn sie auch innerhalb der Anstalt bei manchen Arbeiten noch zu verwenden sind.

Viel häufiger, manchmal merkwürdig rasch, heilen die neuritischen Erscheinungen aus. Doch bleiben auch etwa Atrophien von einzelnen Muskelgruppen bestehen.

Einzelne Kranke sterben im akuten Stadium, teils an Herzschwäche, teils an Vaguslähmung oder Verschlucken und dergleichen Zufällen.

Anatomie. Anatomisch findet man als Ausdruck der Korsakowpsychose ein diffuses Zugrundegehen nervöser Elemente im Gehirn, in

schwereren Fällen verbunden mit einer entzündlichen Reaktion kleinerer Gefäße, die Sprossen bilden und deren Zellen proliferieren. Auch andere Gefäßveränderungen, z. B. hyaline Entartungen, kommen vor. Reichliche kleine Blutungen sind die Folge der Gefäßkrankheit. Daneben finden sich selbstverständlich die Störungen des chronischen Alkoholismus.

Pathologie. Ursache. Der anatomisch bedingte Korsakow ist gegenüber dem mehr funktionellen Delirium tremens die schwerere Krankheit. Er tritt auch etwas später auf, hauptsächlich in den vierziger, fünfziger Jahren. Auffallend ist es, daß er das weibliche Geschlecht relativ stark ergreift; nach CHOTZEN kommt auf etwa 20 männliche Deliranten, aber auf nur zwei weibliche ein Korsakow. In unseren Verhältnissen ist der Unterschied noch größer, indem der Korsakow unter den Männern bedeutend seltener ist. Es ist auch aufgefallen, daß Infektionskrankheiten, Marasmus, höhere Grade des Alkoholismus die Krankheit zu begünstigen scheinen, und daß sie häufig auftritt nach mehrfach durchgemachtem Delirium tremens. Das deutet auf eine Mitwirkung der Widerstandsunfähigkeit des Nervensystems. Doch kann man auch an die Art des Giftes denken; von den Frauen, die ich gesehen habe, haben die meisten oder alle Liköre konsumiert, und es ist bekannt, daß die Essenzen Neuritis verursachen können.

Die Differentialdiagnose ist meist leicht. Schon während des initialen Delirium tremens bemerkt man meist eine geringere Weckbarkeit, das Fehlen der raschen Reaktion, eine Schwierigkeit, leichtere Fragen aufzufassen, die beim einfachen Delir nicht leicht vorkommt. Gegenüber den anderen organischen Krankheiten ist der Verlauf, Besserung unter Abstinenz auf der einen Seite, fortschreitende Verblödung, wenn auch unter Schwankungen, auf der anderen Seite, wichtig; dann das nur seltene Unsinnigwerden der Wahnideen und Konfabulationen. Gegenüber der Paralyse ist der Liquor-Wassermann maßgebend. Unmöglich wird es, den Anteil verschiedener Ursachen auseinander zu halten, wenn Arteriosklerose oder Alter an der Hirnalteration mitbeteiligt sind. Gegenüber dem korsakowartigen Komplex bei Kopftraumen ist zu beachten, daß dieser sich gewöhnlich akut einstellt und rasch bessert oder heilt, und daß Traumen auch die Folge des beginnenden Korsakow sein können. Eine genaue Anamnese ist also hier von besonderer Wichtigkeit.

Therapie. Natürlich ist dauernder Entzug des verursachenden Giftes nötig, was fast nur in einer Irrenanstalt durchgeführt werden kann. Auch die anfängliche Erregung und dann namentlich die Orientierungs- und Gedächtnisstörung, die den Patienten unfähig macht, sich selber richtig zu besorgen, benötigt gewöhnlich die Behandlung in einer geschlossenen Anstalt. Nach teilweiser Besserung können manche Fälle in offenen Armenhäusern verpflegt werden, doch bleiben sie zum Alkoholgenuß geneigt, der leicht neue Schübe verursacht.

Die alkoholische Pseudoparalyse.

Als alkoholische Pseudoparalyse wird ein Korsakow bezeichnet, der infolge spezieller Lokalisation die körperlichen Zeichen der Paralyse imitiert, namentlich die Pupillen- und die Sprachstörungen. Die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse kommt namentlich dann in Betracht, wenn die Kranken wegen Delirium tremens zugeführt werden

und nach Ablauf desselben der organische Symptomenkomplex bleibt. Meistens — vielleicht immer — fehlen der Pseudoparalyse die bleibenden Größenideen. Eigentlich manische Zustände gehören ihr wohl nicht an; das Fortschreiten der Krankheit in der Anstalt spricht für Paralyse; sicher kann aber im Beginn der Störung nur der Liquor-Wassermann die Differentialdiagnose entscheiden. Die Alkoholparalyse kann bessern, in einzelnen Fällen auch vollständig heilen.

Kraepelin bezeichnet als **„alkoholische Paralyse"** die einfache Kombination der Paralyse mit alkoholischen Symptomen, also namentlich den Halluzinationen des Delirium tremens. Andere brauchen den Ausdruck im Sinne der alkoholischen Pseudoparalyse.

Polienzephalitis superior.

Die enzephalitischen Veränderungen haben schon beim gewöhnlichen Korsakow eine gewisse Vorliebe, sich um den dritten und vierten Ventrikel, vom Corpus caudatum bis in die vorderen Teile der Rautengrube, namentlich in die Augenmuskelkerne, zu lokalisieren. In einzelnen Fällen bildet eine hämorrhagische Enzephalitis dieser Gegend die alleinige oder doch die hauptsächliche Störung. Das entsprechende Krankheitsbild gehört mehr in die Hirnpathologie, als in die Psychiatrie. Doch kommen die Fälle nicht selten in die Irrenanstalten, weil sie im Anfang verwirrt und bald somnolent und komatös sind. Lähmung der äußeren und gelegentlich auch der inneren Augenmuskeln sind besonders auffällig, und am Ende der ersten Woche oder in der zweiten gehen die Patienten meistens an allgemeiner Lähmung zugrunde. Einzelne Fälle sollen am Leben bleiben und in ein korsakowähnliches Symptomenbild übergehen.

Alkoholische Leukenzephalitis des Balkens.

Marchiafava und seine Schüler haben eine alkoholische Krankheit beschrieben, bei der die inneren zwei Drittel der Balkenfasern in der ganzen Ausdehnung nach und nach zugrunde gehen. Auch andere Hirnstellen, namentlich die vordere Kommissur, können in leichter Weise ergriffen sein. Beim Korsakow sollen ähnliche Prozesse gelegentlich gefunden worden sein, so daß auch hier vielleicht nichts Neues vorläge.

Das Leiden ist aber mehr chronisch, führt in zwei bis sechs Jahren zum Tode; erst tritt eine allmähliche organische Verblödung ein, oft verbunden mit epileptiformen Anfällen, später kommt Verwirrtheit hinzu; der Tod erfolgt in Koma und Marasmus.

Der chronische Eifersuchtswahn der Trinker und die Alkoholparanoia.

Der alkoholische Eifersuchtswahn pflegt mit der Quantität der genossenen Getränke zu schwanken und bei der erzwungenen Abstinenz in der Anstalt gewöhnlich rasch zu verschwinden. In wenigen Fällen scheint er den Alkoholmißbrauch zu überdauern und sogar unheilbar zu werden.

Auch können sich daran weitere Wahnbildungen und Halluzinationen, namentlich des Gehörs, schließen, so daß man eine vollständige „Alkolparanoia" vor sich hat. Diese läßt sich indessen symptomatisch nicht von den Paranoidformen abgrenzen, bei denen die spezifischen schizophrenen Symptome wenig ausgesprochen sind. Jedenfalls gehört eine besondere Disposition zu diesem Ausgang und zwar eine Disposition, die sich vorher schon in Mißtrauen, Eigensinn oder auch deutlich schizophrenieartigen Eigentümlichkeiten ausgedrückt hat. Weitaus die meisten anderswo als Alkoholparanoiker diagnostizierten Fälle mußte ich mit Sicherheit als Schizophrene auffassen, die nebenbei Alkoholiker waren, und deren Halluzinationen und Wahnideen zum Teil alkoholische Färbung

trugen. Sie waren eben schon krank, bevor der Trunk sich geltend machte. Es ist nun denkbar, daß sich der alkoholisch bedingte Wahnsinn einmal festsetze, und daß namentlich der alkoholische Beziehungswahn unabhängig von Trinkexzessen weiter bestehen könne; aber das bis jetzt vorhandene Material macht die Annahme einer eigentlichen Alkoholparanoia nicht nötig. Jedenfalls wäre sie relativ unabhängig von der Quantität der konsumierten Getränke.

Die Dipsomanie.

Es gibt Psychopathen sehr verschiedener Richtungen, die von Zeit zu Zeit Verstimmungen bekommen. Suchen sie nun sich mit Alkohol darüber hinweg zu helfen, so werden die Symptome mit der Zeit intensiver und häufiger und zugleich mit der Alkoholidee so innig assoziiert, daß die Kranken in solchen Zeiten einem absolut unwiderstehlichen Zwang zum Trunk unterliegen. Die Verstimmungen lassen sich schwer schildern, sind auch bei verschiedenen Kranken durchaus nicht identisch; ein gewisser Weltschmerz, eine Art Angst, Reizbarkeit gegenüber allem, was begegnet, fehlen selten, bilden aber nicht das Wesentliche; ein unbeschreibbares Gefühl entsetzlichen Unbehagens, ein Zustand, „den man eben nicht aushält", bemächtigt sich des Patienten. Das Denken wird eingeengt, vielleicht auch etwas unklar, ob bloß durch den Affekt oder unabhängig davon als nebenhergehende Erscheinung, weiß ich nicht. Gegen diesen Zustand wird nun in großen Massen Alkohol in den verschiedensten Formen, am liebsten konzentrierter, getrunken, gelegentlich auch noch anderes, Äther und sogar Petroleum. In Wirklichkeit wird aber der Zustand durch den Alkoholgenuß wenig oder gar nicht besser. Einzelne lassen sich das Getränk zu Hause ins Zimmer bringen, die meisten gehen ins Wirtshaus, diejenigen, deren Schamgefühle noch erhalten sind, in irgendein entlegenes oder verborgenes, wo sie keine Bekannten treffen; andere ziehen auch von Kneipe zu Kneipe. Die meisten sind beim Trinken menschenscheu; wenige randalieren oder streiten. Ein eigentlicher Rausch tritt nicht ein. Nach etwa zwei bis acht Tagen ist der Anfall vorbei; die Kranken finden sich, meist nach einem Schlaf, irgendwo, sei es in einem Wirtshaus oder im Straßengraben oder bei der Polizei. Was sie bei sich trugen, ist meist in Alkohol umgesetzt; manchmal haben sie nur noch die nötigsten Kleider an. Die Erinnerung ist meistens eine unvollständige; der Kopf ist wüst wie nach einem gewöhnlichen schweren Rausch. Sie schämen sich nun des Vergangenen, fassen die besten Vorsätze, aber ohne Erfolg.

In den Zwischenzeiten, die mehrere Wochen, aber auch viele Monate dauern können, sind die meisten dieser Kranken mäßig, einzelne abstinent; doch gibt es auch chronische Alkoholiker, die zugleich Dipsomanen sind, oder die, wie es scheint, durch den Alkoholismus zu Dipsomanen geworden sind. Die besseren können ihre Stellen behalten oder sich, wenn nötig, neue erwerben. Alle sind Psychopathen in verschiedenen Färbungen und Graden.

Die Disposition zur Dipsomanie kennen wir noch nicht. Wahrscheinlich ist sie nicht einheitlich. Die Mehrzahl der Kranken sind Psychopathen, die man noch nicht labellieren kann. Andere sind Epileptiker oder wenigstens in ihrem ganzen psychischen Habitus epileptoid; auch Schizophrene sind darunter. Ferner können kurz dauernde Depres-

sionen bei Fällen, die wir dem manisch-depressiven Irresein zuzählen müssen, ähnliche Symptome hervorbringen. Auch Gehirntraumen können offenbar den Verstimmungen zugrunde liegen; in einem dieser Fälle waren die Symptome mit poriomanischen Tendenzen verbunden.

Als auslösende Ursachen werden etwa Ärger und auch Überarbeitung genannt, ob mit Recht, kann ich nicht entscheiden. Jedenfalls kommt der Anfall gewöhnlich ganz von innen heraus.

Alter. Die ersten Verstimmungen sind oft schon bald nach der Pubertät aufgefallen; zur Behandlung kommen die meisten Kranken im früheren oder späteren Mannesalter.

Die Differentialdiagnose ist in der Regel leicht. Die Patienten beschreiben den Zwang gewöhnlich recht klar, und die Differenz im Benehmen in den guten und schlimmen Perioden ist eine ungemein frappierende. Nichtsdestoweniger bekommen wir sehr viele Alkoholiker als Dipsomanen zugeschickt, die keine sind, Leute, die nur bei bestimmten Gelegenheiten, etwa am Zahltag, ihre Exzesse begehen und sonst sich halten können, oder haltlose und schwankende Naturen, die eben bald über die Schnur hauen, bald sich zusammennehmen.

Ohne Behandlung verschlimmert sich das Übel häufig mit der Zeit. Aber auch unser Eingreifen hat nicht zu viel Erfolg. Auch in epileptisch aussehenden Fällen wirkt Brom nur ausnahmsweise. Am ehesten kann man etwas ausrichten, wenn man die ganze Lebensweise möglichst reguliert und den Kranken eine größere Anzahl von Anfällen unter dem Schutze einer geschlossenen Anstalt alkoholfrei durchmachen läßt. Die Verstimmungen werden dann allmählig schwächer und seltener. Da es aber dazu Jahre braucht, so verliert man gewöhnlich die Geduld, bevor die Heilung erreicht ist, und nach dem ersten neuen Exzeß muß man wieder von vorne beginnen. Man versucht deshalb oft die Kranken in den Zwischenzeiten außerhalb der Anstalten zu halten, in der Absicht, sie zu bewachen oder zu internieren, sobald der Anfall sich ankündigt. Aber auch damit kommt man nicht weit, denn im gegebenen Moment hat natürlich der Patient ungenügende Einsicht und erst recht keine Willenskraft. Und die Angehörigen bringen die Energie zum sofortigen Handeln gewöhnlich auch nicht mehr auf, wenn der letzte schlimme Exzeß ein wenig vergessen ist.

Die Alkoholepilepsie.

Der akute Alkoholismus löst bei besonders disponierten Leuten epileptiforme Anfälle aus; bei chronischem sehen wir sehr häufig einige typische Anfälle, namentlich, wenn noch irgendeine akzessorische Hirnstörung, Delirium tremens, Korsakow, Leukenzephalitis dazukommt. Hier sind die Anfälle wohl nichts als Symptome des Alkoholismus. Man findet aber dann und wann bei Trinkern eine im Mannesalter eintretende Epilepsie, die im übrigen ungefähr gleich verläuft wie die gewöhnliche genuine Epilepsie. Ein Teil der Fälle ist im Anfang noch heilbar durch Abstinenz, die anderen gehen sehr langsam in Verblödung mit epileptischem Charakter über. KRAEPELIN findet bei Alkoholepilepsie die Krampfanfälle nicht häufig, aber besonders schwer; die übrigen Zeichen der Epilepsie aber sollen fehlen, wenn nicht eine Verbindung der gewöhnlichen Epilepsie mit Alkoholismus vorhanden ist.

Es ist wahrscheinlich, daß die gewöhnlichen Anfälle der Trinker.

die namentlich das Delirium tremens mit sich bringt, keiner echten Epilepsie, sondern anderen Vergiftungen, z. B. der nämlichen wie das Delirium tremens, entspringen. Für die anderen Fälle muß man eine besondere Disposition zu Epilepsie annehmen, und oft mag das Zusammenvorkommen der beiden Krankheiten ein zufälliges sein, oder es kann der epileptische Charakter die Disposition zur Trunksucht gegeben haben. Unter den im späteren Alter, etwa nach 35 Jahren, an Epilepsie Erkrankten, finden sich aber in der großen Mehrzahl Männer, und zwar in der Regel Alkoholiker; ferner scheinen sonst ganz ähnliche Fälle im Anfang durch Abstinenz noch geheilt zu werden. Man ist also doch wohl genötigt, im Alkoholismus das wesentliche kausale Moment solcher Erkrankungen zu sehen, d. h. eine Alkoholepilepsie im eigentlichen Sinne anzunehmen.

Die Behandlung ist wie die der gewöhnlichen Epilepsie Abstinenz, eventuell auch Brom; in den allerdings nicht zahlreichen Fällen, die ich länger beobachten konnte, leistete aber das letztere Mittel nichts.

Die Alkoholmelancholie.

Nicht ganz selten gibt es bei Trinkern depressive Zustände, die sich symptomatologisch nicht von einer Melancholie bei manisch-depressivem Irresein unterscheiden lassen, wenn auch die Wahnideen meist nur rudimentär bleiben. Sie dauern aber nicht so lange, nur etwa zwei Wochen. Vielleicht sind noch kürzere Anfälle nicht so selten, aber sie kommen natürlich kaum zur Kenntnis des Arztes[1]). Ein Teil der Selbstmorde der Alkoholiker ist dieser Depression zuzuschreiben. Die Anfälle können sich beim nämlichen Kranken mehrfach wiederholen. Die alkoholische Natur wird dadurch dokumentiert, daß sie unter Abstinenz, ja unter Mäßigkeit nicht auftreten.

Der Alkoholstupor.

Wernicke spricht auch von einem Alkoholstupor. Die meisten dieser Kranken müssen wir nach allem der Schizophrenie zuweisen, wobei der Alkoholismus bald als eine mehr zufällige Komplikation erscheint, bald aber als auslösende Ursache des katatonischen Stupors aufgefaßt werden kann. Andere stuporöse Fälle gehören zu den organischen Alkoholpsychosen, namentlich zur Polienzephalitis superior. Einen eigentlichen Alkoholstupor habe ich noch nie gesehen; er mag aber anderswo vorkommen.

B. Der Morphinismus.

Der chronische Morphiumgebrauch führt gewöhnlich zu einer Menge unangenehmer Erscheinungen. Die Leistungsfähigkeit in allen Beziehungen nimmt ab, namentlich wird sie ungleich; bei zunehmender Ermüdbarkeit kann die Ausdauer nur durch beständige Gaben des Alkaloids künstlich erzwungen werden. Das Gedächtnis wird ungenau. Es tritt auch bei ursprünglich gut angelegten Charakteren eine fabelhafte Neigung zu Lügenhaftigkeit hervor, die sich gar nicht immer auf die Beschaffung des Morphiums und überhaupt das, was mit der Sucht zusammenhängt, beschränkt. Der Morphinist, der in die Anstalt kommt, schwört bei allem, was ihm teuer ist, daß er kein Morphium bei sich habe. Meist aber findet man in den Kleidern, in den Schuhsohlen, in beliebigen Körper-

[1]) Verlängertes „trunkenes Elend" und stärkerer „moralischer Katzenjammer" lassen sich nicht scharf von der Alkoholmelancholie abtrennen.

höhlen, in irgendwelchen Utensilien, ganz beträchtliche Quantitäten desselben verteilt. Bei jedem Pülverchen oder Fläschchen, das man erwischt, wiederholen sich die Schwüre: das sei eben gerade das letzte. Und sich selber belügen sie ebensogut, denn sie begeben sich in die Behandlung, um geheilt zu werden, richten sich aber gleich zum voraus so ein, daß sie nur gegen ihre eigenen Anstrengungen geheilt werden können. Auch sonst verändert sich der Charakter oft zum Schlimmen. Das Pflichtgefühl nimmt ab oder wird wenigstens schon von kleinen Beschwerden übertönt; die Kranken werden nachlässig, willensschwach auch in anderen Beziehungen. Die Affektivität ist eine schwankende, aber mehr von innen heraus wie als Reaktion auf bestimmte Vorstellungen. Die Stimmung ist sehr verschieden — im ganzen entsprechend der zeitlichen Distanz von der letzten Injektion. Auch Angstgefühle können vorkommen. In schweren Fällen sollen deliriöse Zustände auftreten, manchmal ähnlich dem Delirium tremens. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um Mischwirkung mit anderen Giften, namentlich Alkohol oder Kokain.

Die körperlichen Symptome bestehen in Zittern, in schweren Fällen auch in leichten Koordinationsstörungen und zwar überall, auch in den Sprachorganen und sogar in den Augenmuskeln; Parästhesien aller Art treten auf, Schmerzen oder unbeschreibbare Empfindungen. Ohrensausen, Kälte- und Wärmeempfindung; der Puls wird unregelmäßig in den verschiedenen Beziehungen; Herzklopfen ist häufig; die Verdauung wird unregelmäßig; Diarrhoe kann mit Verstopfung abwechseln. In schweren Fällen entsteht mit den Jahren ein gewisser Marasmus; die Haut wird graulich, fahl. Der Schlaf wird schlecht trotz häufiger Müdigkeit am Tage. Libido und Potenz sinken, unter Umständen bis auf Null, die Menstruation hört auf.

Alle subjektiven Beschwerden werden außer in ganz hochgradigen Fällen durch eine neue Gabe Morphium sofort gebannt. Schnell oder langsam, je nach der Konstitution, findet aber der Körper immer Waffen zur Zerstörung des Giftes, von dem deshalb wachsende Dosen nötig sind. Damit nehmen die Beschwerden zu und die Möglichkeit, sich genügend Alkaloid zu verschaffen und dasselbe in genügenden Quantitäten einzuspritzen, wird geringer. Die Steigerung der Dosis hat also praktisch eine Grenze, die sich vielleicht am häufigsten um ein Gramm pro die herum bewegt, und nur selten über einige Gramm geht, wenn auch Tagesdosen bis zwanzig Gramm beobachtet worden sein sollen.

Bei den größeren Dosen sind aber die Patienten gesundheitlich und gesellschaftlich und namentlich in ihrer Leistungsfähigkeit schwer geschädigt. Sie machen Versuche herunterzugehen, wenige aber bringen es in erheblichem Maße fertig. Die Abstinenzerscheinungen sind zu unerträglich. Sie bestehen in Schmerzen an beliebigen Stellen, oft am ganzen Leibe, Zittern, Gähnen, Schwitzen, Übelsein bis zum Erbrechen. Durchfall, Herzklopfen und schlechtem Puls in das Leben bedrohendem Grade, und dann einem Gefühl von Angst und Unruhe, das vielleicht das Allerschlimmste ist. Auch Delirien sollen durch die Abstinenz ausgelöst werden. Ein solcher Morphiumhunger muß einer der qualvollsten Zustände sein, die es gibt. Erfolgt keine Morphiumzufuhr, so bleibt zunächst die Nahrungsaufnahme fast unmöglich, das Körpergewicht sinkt; erst nach einigen Tagen beginnt die Erholung.

Worauf die Abstinenzerscheinungen beruhen, wissen wir nicht sicher.

Ursachen. Die meisten Morphinisten sind ab ovo Psychopathen. Auch hochbegabte und berühmte Männer sind der Sucht erlegen; einzelne von ihnen haben sich trotzdem dauernd auf der Höhe gehalten. Merkwürdigerweise muß man darauf aufmerksam machen, daß sie so wenig wie die alkoholischen Genies berühmt sind, *weil* sie zu dem Gift gegriffen haben, sondern geniale Leute sind eben *anders* als die gewöhnlichen, einerseits Genies, anderseits zu verschiedenen Abnormitäten geneigt, die wir als Schwächen bezeichnen mögen. Gelegenheitsursachen sind gewöhnlich Schmerzen, die mit Morphium behandelt werden, dann aber auch eine bestimmte, gleich durch die erste Dosis bewirkte euphorische Reaktion, die zu Wiederholungen reizt. Natürlich sind die Mehrzahl der Kranken Medizinalpersonen; die untern Stände sind wenig dabei beteiligt, weil das Morphium viel kostet. Schuld sind in einer großen Anzahl von Fällen Ärzte, die unnütze Morphiuminjektionen machen und gar den Patienten die Spritze in die Hand geben. Besonders gefährlich sind morphinistische Ärzte; denn in der Alkaloidsucht liegt wie im Alkoholismus das Bedürfnis nach gleichgesinnter Gesellschaft und nach Proselytenmacherei. Es gab früher, z. B. bei uns, Damenzirkel, wo der Morphiumgenuß die einzelnen Teilnehmerinnen zusammenhielt; ob jetzt noch, weiß ich nicht.

Da der Morphinist meist mit der Angabe der Krankheit oder dann gar nicht zum Arzt kommt, ist man selten im Falle, die Diagnose aus den Symptomen zu machen. Man muß aber immer an Morphinismus denken, wenn man mit Leuten zusammenkommt, die sehr verschieden aufgelegt sind, bald ängstlich, zerfallen und schwächlich erscheinen, zittern, bald — besonders nachdem sie sich für einige Minuten wegbegeben haben — wieder aufgelegt sind. Die fahlgraue Haut deutet oft die Krankheit an. Stichnarben findet man um so leichter, als sich viele Patienten die Zeit zu aseptischen Maßregeln nicht nehmen, ja durch die Kleidung hindurch spritzen und so Abszesse in großer Zahl provozieren. Im Urin läßt sich das Morphium gar nicht immer nachweisen. Will man ehemalige Morphinisten auf Heilung oder Rezidiv untersuchen, so bleibt meist nichts übrig als genaue Überwachung.

Die Prognose ist eine trübe; definitive Heilungen kommen vor, sind aber stark in Minderheit. Allerdings halten sich eine ganze Anzahl dieser Leute äußerlich in ihren Stellungen; vollwertig sind aber wenige mehr; sie schwanken zwischen Leiden und Euphorie, und auch wenn sie arbeiten können, so ist das nur in Abhängigkeit von der Morphiumspritze. Viele gehen körperlich und gesellschaftlich zugrunde. Alle ihre Kraft wird von der Morphiumbeschaffung in Anspruch genommen, die, wenn Hindernisse bestehen, mit erstaunlichem Raffinement durchgeführt wird, und wobei Lügen und Diebstahl und Betrug nicht gescheut werden.

Die Therapie verlangt zunächst Entziehung des Morphiums. Die rationellste Manier wäre die plötzliche Entziehung; ich bringe es aber nicht über mich, jemand solche Leiden zu verursachen; außerdem besteht doch dabei eine gewisse Lebensgefahr. Nimmt man sich einige Wochen Zeit, in leichteren Fällen auch nur eine, so verlängert man zwar die Leiden, aber man setzt sie auf ein ganz erträgliches Maß herab, wenn man sich die Mühe nimmt, jedes Morphiumverlangen, sei es am Tage, sei es in der Nacht, persönlich zu kontrollieren und wenn nötig, aber nur dann, sogleich die wirksame Dosis zu geben.

Ist zugleich Kokain genommen worden, so kann dieses fast immer mit Nutzen sofort ganz ausgesetzt werden. Die bisherige tägliche Morphiumdose des Patienten sucht man im Anfang der Kur wenn immer möglich zu erfahren, um dann gleich auf etwa ein Drittel bis die Hälfte herunterzugehen. Der Kranke selbst pflegt viel zu viel anzugeben. Empfehlenswert ist es, dem Patienten von vornherein anzukündigen, man werde ihm die eingespritzte Dosis nie nennen. Man braucht ihn dann nicht anzulügen, schneidet alle Querulierereien ab und vor allem vermeidet man die ängstlichen Aufregungen und Befürchtungen, ob er mit einem bestimmten Quantum auskommen werde, sobald er wenigstens sieht, daß man ihn nicht unnötig leiden läßt. — Dringend zu warnen ist vor Entziehungsanstalten, die man nicht genau kennt.

Will man gegen die Abstinenzerscheinungen etwas tun, so verordne man protrahierte warme Bäder gegen die Unruhe und Schlaflosigkeit. Lokale Kälte kann unter Umständen das Herzklopfen mildern; Erbrechen und Hyperazidität des Magensaftes werden mit Eispillen und alkalischen Wässern bekämpft; Milch mit Eis, eventuell mit konzentrierten Nahrungsmitteln, wie Hygiama u. dgl., wird manchmal noch ordentlich vertragen; man behandelt auch die Diarrhoe, z. B. mit Tannalbinklystieren. Schlafmittel soll man nur in dringenden Fällen geben. Niemals aber soll man das Morphium durch Kokain und ähnliche Mittel ersetzen, wodurch man dem Teufel den Beelzebub zugesellen würde.

Große Mithilfe kann man von den Patienten nicht erwarten. Auch die tapfersten sind von der Furcht beherrscht, man werde sie zu sehr leiden lassen, und verlangen deshalb mit allen Mitteln leicht mehr Morphium, als sie selber momentan für nötig finden. Versuche, sich irgendwie das Alkaloid zu verschaffen, namentlich durch Bestechung des Personals, sind etwas Gewöhnliches. Eine hermetische und durchaus zuverlässige Überwachung ist also notwendig. Außerhalb einer geschlossenen Anstalt ist die Entziehungskur nur ausnahmsweise durchzuführen.

Von den chemischen Mitteln, die die Entziehung erleichtern sollen, hat sich keines bewährt; die meisten sind direkt Schwindel.

Nach der Abgewöhnung des Morphiums kommt die wichtigere und schwierigere Aufgabe, die der Erziehung des Charakters zur Überwindung von Unannehmlichkeiten ohne chemische Krücke. Allerdings ist es selten möglich, die feste Assoziation Unannehmlichkeit — Morphium ganz aufzuheben; es ist, wie wenn nicht nur psychische, sondern geradezu chemisch-organische Veränderungen im Nervensystem Mechanismen geschaffen hätten, die zum Morphiumgenuß zwingen. Rezidive sind deshalb etwas Gewöhnliches. Einen gewissen Halt gibt die von KRAEPELIN angeratene Verpflichtung, sich je nach einem Jahr zur genauen Beobachtung für ein paar Tage in Klausur zu stellen. Natürlich soll man, wenn es möglich ist, die äußeren Verhältnisse so zu regeln suchen, daß depressive Einwirkungen vermieden werden; bei eintretenden Körperkrankheiten soll man den Patienten wenn möglich ins Bett legen, um die Versuchung, sich Morphium zu verschaffen, herabzusetzen. Daß alle andern Gifte, namentlich der Alkohol, zu vermeiden sind, ist selbstverständlich.

In unheilbaren Fällen hat man empfohlen, den Genuß auf einer mäßigen Quantität zu halten, was bei einigermaßen mithelfenden Kranken dadurch geschehen könnte, daß man sie jedes Jahr in einem Sana-

torium eine Kur machen läßt, in der die unterdessen langsam angewachsene Dosis wieder herabgesetzt wird. Man muß sich indessen jedesmal sehr genau überlegen, ob man einen solchen Pakt mit dem Teufel schließen wolle, der den Arzt und den Kranken und dessen Umgebung gegen eine doch schwere und ansteckende Sucht gleichgültig zu machen geeignet ist.

Die prophylaktischen Maßregeln sollten selbstverständlich sein: Man soll nie Morphium anwenden ohne sehr genaue Indikation, und namentlich nie dauernd, und unter keinen Umständen dem Patienten die Spritze überlassen. Es ist auch abzuraten, ohne Not zu sagen, daß man ihm Morphium gibt. Wo Gefahr ist, soll man auf das Rezept schreiben „Ne repetatur". Es sollte sich auch niemand selber Morphium verschreiben oder sich mit Morphium bedienen, auch wenn er es in Händen hat. Jedenfalls sollte jeder morphinistische Arzt, solange er nicht geheilt ist, von der Praxis ausgeschlossen werden.

Dem Morphinismus verwandt ist die **Opiophagie** und das **Opiumrauchen.** Beide spielen bei uns keine große Rolle. Die Erscheinungen und Behandlung der Opiophagie unterscheiden sich nicht wesentlich von denen des Morphinismus. Vom Opiumrauchen wissen wir wenig Sicheres.

Eine bemerkenswerte Komplikation zeigte einer unserer Patienten, der durch Bismuthopiumpulver zum Opiophagen geworden war und sich nun immer die nämliche Medikation verschaffte, wodurch er sich eine chronische Bismuthvergiftung zuzog, ohne starke Opiumsymptome zu zeigen.

C. Der Kokainismus.

Der Kokainmißbrauch bedingt innert verhältnismäßig kurzer Zeit, nach wenigen Wochen bis wenigen Jahren, Überreizung, leichte Ideenflucht mit Vielgeschäftigkeit, die es aber zu nichts bringt, Willenlosigkeit und **korsakowähnliche Gedächtnisalteration.** Letztere verschwindet unter Abstinenz. Unter Umständen treten auch rauschartige Koordinationsstörungen auf. Es kommt zu Kräftezerfall, die Haut wird fahl und schlaff. Die Potenz erlischt, der Schlaf wird gestört.

Dann entwickelt sich in manchen Fällen ein **Kokainwahnsinn,** charakterisiert durch äußerst kleine Gesichts- und Getasthalluzinationen in Form von Milben und anderen Parasiten, die uns die Kranken manchmal mit dem Mikroskop demonstrieren wollen, in der Meinung, sie hätten eine große Entdeckung gemacht. Einer unserer Patienten sah die Zellen seiner Retina funktionieren und zog daraus wissenschaftliche und therapeutische Schlüsse. Stimmen sind in diesen Zuständen seltener. Etwas Verfolgungswahn läuft manchmal mit. In anderen Fällen aber ist der letztere im Vordergrund, namentlich auch in Form eines unbändigen Eifersuchtswahns (KRAEPELIN). Dabei spielen dann die Stimmen eine größere Rolle. In beiden Zuständen aber sind die Kranken besonnen und orientiert; die Verfolgten können leicht gefährlich werden.

Die Psychose entwickelt sich meist innert weniger Wochen, die Halluzinationen gehen etwa ein bis zwei Wochen nach Entzug des Giftes zurück; die Wahnideen können bedeutend länger andauern.

Die Prognose ist noch trüber als die des Morphinismus, indem Rezidive noch seltener ausbleiben.

Erhebliche Abstinenzerscheinungen gibt es nicht. Die Kokainentziehung ist deshalb regelmäßig plötzlich durchzuführen. Meist sind aber noch andere Gifte, namentlich Morphium, daneben gebraucht worden, die dann doch eine längere Kur nötig machen.

IV. Das infektiöse Irresein.

Bei Infektionen kann eine unbegrenzte Zahl von verschiedenen Einflüssen die Hirntätigkeit stören, mancherlei Toxine und Antitoxine und die durch diese hervorgerufenen abnormen Stoffwechselprodukte, vielleicht auch die Schwäche, das Fieber usw. Unsere Beobachtung kann der Mannigfaltigkeit der Bilder, die daraus resultieren muß, noch lange nicht folgen. Wir kennen nur grobe Unterschiede, die aber so wenig den Differenzen der verursachenden Momente entsprechen, daß der Monograph dieser Zustände (Bonhoeffer) aus gewichtigen Gründen nur Syndrome heraushob. Wir folgen indessen zunächst Kraepelin, der auf die Vorstellung von Zusammenhängen von Ursache und Wirkung nicht ganz verzichten möchte. Er unterscheidet Fieberdelirien, Infektionsdelirien, akute Verwirrtheit (Amentia), infektiöse Schwächezustände.

A. Die Fieberdelirien.

Auf der Höhe fieberhafter Krankheiten sehen wir Delirien ausbrechen, die leider sehr wenig psychiatrisch untersucht worden sind. Man unterscheidet vier Grade: 1. Die Prodrome, mit Unbehagen, Eingenommenheit des Kopfes, Empfindlichkeit, ängstlichen Träumen usw. 2. Illusionen und Halluzinationen namentlich des Gesichtes und auch des Gehörs, wobei die Patienten spontan oder durch Anrede vorübergehend fähig werden, sich einigermaßen zu orientieren und überhaupt relativ klar zu werden. Die Halluzinationen werden oft in die wirkliche Umgebung hinein versetzt: die Mutter sieht ihre kleinen Kinder an ihrem Bette. Die Kranken werden unruhig und sind meist heiter oder traurig verstimmt. 3. Im dritten Grade wird die ganze Umgebung verkannt. Es herrscht ein verworrenes Durcheinander mit lebhaften Gefühlsausbrüchen und starkem Bewegungsdrang. 4. Allmählich treten Lähmungserscheinungen dazu. Die Kraft der Bewegungen und der Gefühlsäußerungen nimmt ab; die Kranken bleiben auf dem Rücken liegen, murmeln für sich hin, zupfen an der Bettdecke, lesen Flocken (blande oder moussitierende Delirien), bis sie durch ein vollständiges Koma in den Tod übergehen.

Selten kommen einzelne epileptische Anfälle dazu.

Der Inhalt der Delirien ist in der Regel ein traumhafter. Meist handelt es sich um Komplexdelirien, die das Ich des Kranken stark berühren. Bei Pneumonie und wohl auch anderen Krankheiten zeigt der Übergang in ängstliche Vorstellungen die beginnende Herzinsuffizienz an. Bei Alkoholikern ist das Delir alkoholisch gefärbt, Tiervisionen sind besonders häufig usw.

Die Fieberdelirien sind, wie die meisten Infektionsdelirien, gewöhnlich in der Nacht ausgesprochener als am Tage.

Prognose. Kinder delirieren verhältnismäßig leicht, so daß die psychischen Störungen bei ihnen nicht gerade große Bedeutung haben. Auch Frauen sollen eher als (mäßige) Männer delirieren. Bei Erwachsenen zeigt aber das ausgebildete Delirium in der Regel eine besondere Schwere der Infektion und damit die Lebensgefahr an; doch hat das erste Stadium wenig zu bedeuten, und auch vom dritten erholen sich noch viele Kranke, indem sie, meist parallel mit dem Abfall des Fiebers, klarer werden und die Halluzinationen verlieren. Manchmal aber überdauern die Wahnideen die Krankheit sehr lange; ich kenne einen Kollegen, der längere Zeit nach einem Typhus einen Freund auf der Straße ersuchte, ihm das Geld zurückzugeben, das er im Fieberdelir von ihm geliehen zu haben glaubte. Die Dauer des Delirs hängt von der Krankheit ab; da es sich gewöhnlich um akute Infektionen handelt und die Psychose in der Regel erst auf der Höhe der Krankheit auftritt, wird es meist schon in der zweiten Woche durch Heilung oder Tod beendet.

Therapie. Die Therapie ist natürlich die des Grundleidens. Manchmal scheint Eis auf den Kopf zu beruhigen, auch kleinere Gaben Opiate. Schlafmittel

soll man vorsichtig oder lieber gar nicht geben. Wirksam sind in vielen Fällen kühle, selbstverständlich kurz dauernde Bäder. Natürlich ist Überwachung nötig; die Kranken verunglücken leicht oder stellen etwas an.

B. Die Infektionsdelirien.

Neben den Fieberdelirien, die mit der Heftigkeit des Fiebers kommen und gehen, gibt es andere, die vom Fieber selbst unabhängig zu sein scheinen, indem sie vor oder nach demselben auftreten oder in ihren Schwankungen dem Fieber nicht parallel gehen.

Am meisten bei Typhus, aber auch bei anderen Krankheiten, sehen wir die **Initialdelirien**, die ASCHAFFENBURG in zwei Gruppen geteilt hat: eine paranoide mit Beziehungs- und Verfolgungswahn, Halluzinationen und meist ängstlicher oder trauriger Verstimmung, und eine zweite, die sich rasch zu völliger deliriöser Verwirrtheit steigert mit Ideenflucht, Sinnestäuschungen und zusammenhanglosem Wahn, häufiger Angst und vor allem sinnlosem Bewegungsdrang. Die beiden Formen sind nicht scharf getrennt; die erste kann in die zweite übergehen. Sie dauern meist nur wenige Tage und können verschwinden oder zu gewöhnlichen Fieberdelirien werden. Eine paranoide Form bei Typhus habe ich bis in die Rekonvaleszenz hinein dauern sehen.

Die Differentialdiagnose ist nicht leicht; doch passen solche Initialdelirien in kein anderes Symptomenbild recht hinein. Man denkt etwa bei der erregten Form an Katatonie oder Epilepsie; der Nachweis der Ideenflucht schützt vor der zweiten Diagnose, der Mangel schizophrener Symptome macht die erstere unwahrscheinlich.

KRAEPELIN zählt hierher auch die **Intermittens- und Influenzadelirien,** die übrigens beide pathologisch und symptomatologisch sehr stark variieren können. Wie KRAEPELIN sah ich mehrere Influenzadelirien mit typisch neuritischem Charakter, wobei die Parästhesien illusionistisch gedeutet wurden.

Auch die **Lyssa** und **Chorea minor**[1]) nennt KRAEPELIN in dieser Gruppe. Das typische Bild der Chorea-minor-Psychose scheint ziemlich einheitlich zu sein. Anfänglich besteht Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Affektlabilität, Ermüdbarkeit; Vigilität und Tenazität der Aufmerksamkeit versagen. Das Gedächtnis wird schlecht, oder wenigstens scheinen die Kranken sehr zerstreut. Dann wird das Denken direkt erschwert, abgerissen; es treten Sinnestäuschungen und Wahnideen dazu; in schweren Fällen kann es zu einer vollen Verwirrtheit und Desorientiertheit kommen. Trotz der Schwere der Erkrankung, die die choreatischen Bewegungen besonders stark hervortreten lassen, heilen, so viel ich weiß, die meisten dieser Fälle, zuerst der deliriöse Zustand, längere Zeit nachher die Chorea. Fälle von Chorea gravis zeigen ihren Charakter gleich von Anfang an in dem plötzlichen Ansteigen der Krankheit und dem initialen Darniederliegen der Kräfte. Es treten bald Lähmungen ein und der Tod erfolgt nach zwei bis mehreren Wochen. In nicht ganz so schweren Fällen kann der Ausgang auch einmal ein psychischer Defektzustand sein.

Die Therapie ist für alle Fälle von Infektionsdelirien die der Grundkrankheit, nebst sorgfältiger Überwachung, Vermeidung von Aufregung und von Gelegenheiten, sich zu schädigen. Bei der nicht ganz unbedenklichen Chorea gravidarum ist wenigstens, wenn Kräftezerfall eintritt, Abort indiziert, nach dem oft in wenigen Tagen Heilung eintritt. Doch gibt es auch Genesungen ohne Eingriff.

Zu den Infektionsdelirien rechnet man auch die meisten Formen des **Delirium acutum**, obschon man den oder die Erreger desselben nicht kennt. Es kann sich an banale Infektionen, Furunkel, Angina, Darmkatarrh, anschließen, aber auch ganz ohne bekannte Infektionsquelle auftreten. Der Begriff dieses Syndroms ist aber in keiner Richtung klar abgrenzbar. Es handelt sich um deliriöse Zustände mit starker Benommenheit, vielen Halluzinationen und motorischer Erregung,

---

[1]) Natürlich ist hier nur von der eigentlichen Chorea die Rede, die auf Grund einer bakteriellen Infektion (Rheumatismus) entsteht. Leider werden hysterische Epidemien mit abnormen Bewegungen in Schulen und ähnliches auch noch etwa Chorea genannt. Psychogen war auch die mittelalterliche Chorea St. Viti oder Chorea magna.

die rasch einen organischen Charakter annimmt mit ziellosen, perseverierenden Bewegungen. Umsichschlagen, Reiben, Schreien, Blasen. Zähneknirschen, Grimassieren. Meistens tritt der Tod in ein bis zwei Wochen ein.

Anatomisch findet man in der Pia Anhäufungen von Lymphozyten. die Glia wuchert manchmal, vor allem aber werden die Ganglienzellen in verschiedener Weise erkrankt gefunden.

Unter dem Namen **Kollapsdelirien** wird ein bestimmter Typus hervorgehoben, den KRAEPELIN ungefähr folgendermaßen charakterisiert Äußerst stürmisch sich entwickelnder Zustand von Benommenheit und hochgradiger Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen, Ideenflucht, Stimmungswechsel und lebhafter motorischer Erregung. Es bestehen unzusammenhängende Wahnideen, die Kranken haben den Welterlöser geboren; der böse Feind stellt ihnen nach, hat sie vergiftet. Die Stimmung ist vorwiegend heiter, dabei besteht lebhafte motorische Erregung.

Das Kollapsdelir tritt mit dem Fieberabfall auf, dauert einige Stunden bis etwa zwei Wochen, gewöhnlich nur einige Tage, und geht in Heilung über, wenn nicht die Grundkrankheit tödlich ist. Man hat es früher als ein Erschöpfungsdelir aufgefaßt, jetzt wird es von KRAEPELIN und BONHOEFFER den Infektionen zugerechnet.

Vom Fieberdelir unterscheidet es sich dadurch, daß die Kranken weniger benommen als verwirrt erscheinen, daß die Auffassung weniger erschwert, daß das Bewußtsein weniger getrübt ist, und dann namentlich durch die Ideenflucht, die dem Fieber als solchem fehlt. Besonders schwierig ist die Abgrenzung von katatonen Erscheinungen und auch einmal von der Epilepsie.

Die Behandlung besteht in Erhaltung der Kräfte: Gute Ernährung, eventuell mit der Sonde, wenn nötig Kochsalzinfusion, unter allen Umständen Dauerbad; das übrige versteht sich von selbst.

C. Die akute Verwirrtheit, Amentia.

MEYNERT hat unter dem Namen des akuten Wahnsinns und später der Amentia ein Krankheitsbild gezeichnet, das durch Verwirrung infolge ungenügenden Zusammenhanges der Gedanken, reichliche Halluzinationen und Illusionen, Wahnideen bei mehr oder weniger starker Desorientierung und motorische Erregung charakterisiert war. Andere haben ungefähr die gleichen Krankheiten als akute Verwirrtheit bezeichnet. Das MEYNERTsche Bild war ein ungemein weites. Unter vielem anderem gehörten die meisten schizophrenen halluzinatorischen Erregungen, die desorientierten epileptischen und hysterischen Dämmerzustände, das Delirium tremens, der manisch-depressive Wahnsinn in diesen Rahmen. Man hat dann diejenigen Formen, die anders zu charakterisieren waren, abgetrennt. Immerhin ist der Begriff z. B. in der Wiener Schule noch jetzt recht weit und umfaßt daselbst einen beträchtlichen Teil der zu beobachtenden Einzelfälle von akuten Syndromen. BONHOEFFER und KRAEPELIN, denen ich mich anschließe, beschränken ihn auf eine ätiologisch sehr bunte, aber doch zum großen Teil auf toxämische Zustände zurückführbare Gruppe symptomatologisch ähnlicher Zustände. die wohl bei besserer Kenntnis einmal in zahlreiche Unterformen zer-

fallen wird. Die Amentia umfaßt also vorläufig nicht bloß Infektionen, sondern auch Vergiftungen aus irgendwelchen anderen Störungen des Stoffwechsels (z. B. Nierenkrankheiten) und sogenannte Erschöpfungen (bei Blutkrankheiten, Krebs usw.). KRAEPELIN nimmt indes bei aller Anerkennung des weiteren Begriffes als eines bloßen Zustandsbildes eine Amentia im engeren Sinne als selbständige Form speziell der Infektionspsychosen an. Diese Krankheit bricht, wenn sie mit fieberhaften Krankheiten zusammenhängt, nicht selten im Deferveszenzstadium aus. Sie ist, je nach der Auffassung, an einzelnen Orten sehr häufig, an anderen, so bei uns, sehr selten. Die Grenzstreitigkeiten betreffen heutzutage fast nur die Unterscheidung von der Schizophrenie.

Die Kranken „vermögen wohl einzelne Wahrnehmungen zu machen, aber sie sind gänzlich außer Stande, diese miteinander und mit ihren früheren Erfahrungen in Beziehung zu setzen, Vorstellungen und Überlegungen aneinander zu knüpfen. Sie sind dabei aufmerksam, oft eifrig bemüht, die Eindrücke und Vorgänge in der Umgebung aufzufassen, aber zugleich sehr ablenkbar, unfähig zu planmäßiger Beobachtung. So bestehen ihre Wahrnehmungen aus einem Gemisch zusammenhangsloser Bruchstücke, aus denen sich ihnen weder ein Bild der gegenwärtigen Lage, noch eine Kette von Erinnerungen an die Entwicklung vergangener Ereignisse formt. Auf diese Weise entsteht in den Kranken das lebhafte Gefühl der Verständnislosigkeit, Unsicherheit und Ratlosigkeit. Sie finden sich nicht mehr zurecht, begreifen nicht, was sich mit ihnen zugetragen hat, und was um sie vorgeht“ (KRAEPELIN).

Das Bewußtsein ist traumhaft getrübt, schwer zu fixieren; die Ordnung der Gedanken ist unmöglich; die Stimmung ist weinerlich, ängstlich oder gereizt oder auch eine Mischung dieser drei Qualitäten. Nach Typhus soll auch eine heitere Stimmung mit Ideenflucht und Größenideen vorkommen (KRAEPELIN). Jedenfalls sind die Kranken unruhig, bleiben nicht im Bett, drängen fort, verlangen Aufklärung darüber, was um sie geschieht usw.

Körperlich besteht ein Schwächezustand als supponierte Grundlage der Krankheit. Aber darüber hinaus liegen der Appetit und die Ernährung während des ganzen Höhestadiums der Amentia darnieder, so daß die Patienten immer mehr verfallen.

Verlauf: Die Krankheit beginnt mit einem Vorläuferstadium, das meist eine Anzahl von Wochen, bei plötzlicheren Schwächungen (Puerperium usw.) auch nur einige Tage, seltener Monate lang dauert. Die Patienten klagen über vage körperliche und geistige Beschwerden, Kopfweh, Schwäche aller Art; sie fühlen selbst, daß sie die Gedanken nicht mehr recht beisammen haben; dann treten einzelne Sinnestäuschungen auf. Meist ziemlich plötzlich, sogar in wenigen Stunden, können die Patienten von massenhaften Halluzinationen überrumpelt werden und die Orientierung ganz verlieren. Auf der Höhe bleibt die Krankheit Wochen bis Monate, ja sie soll ins zweite Jahr hinüberreichen können. Bei der Begrenzung KRAEPELINs geht sie fast immer, wenn nicht der Tod eintritt, in Heilung über. Der Tod erfolgt teils an der Grundkrankheit, teils an Erschöpfung.

Unter den Ursachen fungieren die meisten Infektionskrankheiten, Puerperalfieber („halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen“ nach FUERSTNER), dann aber auch ganz chronische Nierenkrankheiten, die

sich nicht einmal immer im Urinbefund ausdrücken. Die psychopathische Heredität soll geringer sein als bei anderen Psychosen. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt, nach SIEMERLING wegen der Geschlechtsvorgänge.

Die Differenzialdiagnose ist, wie die variable Begrenzung schon andeutet, sehr schwer. Verwirrtheit mit oder ohne Halluzinationen kommt in den verschiedensten Zuständen vor. Die Denkstörung, auf die das Hauptgewicht gelegt wird, ist noch von niemandem so charakterisiert worden, daß man sie abgrenzen könnte; „Zerfall der Assoziationen", „Zerrissenheit" des Gedankengangs, Inkohärenz und Verwirrtheit sind viel zu vage Begriffe. Halluzinationen und Verwirrtheit (PILCZ) kommen noch bei manchen andern Krankheiten vor, bei allen Organischen, der Epilepsie, der Hysterie, zuweilen beim manisch-depressiven Irresein. Das einzige Kriterium, das brauchbar schien, ist die von KRAEPELIN geschilderte Auffassungsstörung. Leider muß ich hinzufügen, daß ich diese in meinen Fällen von sicherer Amentia nicht deutlich nachweisen konnte, während die ganze Beschreibung wörtlich auf einige wenige Fälle paßte, die sich nachher als Katatonien entwickelten. Ich konnte also bis jetzt die Diagnose nur dann machen, wenn das beschriebene Bild bei längerer Beobachtung ohne schizophrene Zeichen blieb. Die Abgrenzung von anderen Zuständen als der Schizophrenie kommt kaum in Betracht, wenn man sich zur Diagnosestellung einige Zeit nehmen kann. Der ganze Verlauf, die Variabilität, das Unzusammenhängende der Vorstellungen und die Veränderlichkeit des Affektes schützen meist leicht vor der Verwechslung mit epileptischen Dämmerzuständen. Wenn man wegen Häufung ideenfluchtartiger Wortassoziationen an Manie denken sollte, so muß diese Diagnose sofort wieder abgelehnt werden wegen der Unklarheit des Denkens, der mangelnden Auffassung, der Desorientierung.

SIEMERLING fügt der Beschreibung der Amentia noch folgende Eigentümlichkeiten bei: Wechsel der Gedanken mit dem Charakter des Gegensätzlichen: „In einem Atem sprechen sie von Häuserkaufen und Lebennehmen, Villenbauen und ins Wassergehen, von den versammelten Feinden, dem wüsten Schimpfen dieser, gleich darauf hören sie wieder Champagnergläser klingen und lustiges Singen; dann beklagen sie sich über den hohlen Hals, in welchen ein Schlauch gesteckt sei, rufen pathetisch: Hurra, die Kaiserin. Ein anderer Kranker schilt auf die Gerüche im Bett, spricht sofort von sich als Gott". Auch Störungen des Gemeingefühls kommen vor. Die Patienten sind gestorben, werden chloroformiert, sie haben die Empfindung von Staub, von giftigem Zeug im Gesicht, von Blasen, Wärme, Hitze; Füße und Hände sind umgebogen, sie sind verwandelt, bald dick und dünn, die Hände sind fort, verbrannt, abgehauen.

Auch die Merkfähigkeit soll gestört sein (es ist richtig, daß die Leute sich während und nach dem Anfall an den großen Teil der Erlebnisse in der Krankheit nicht oder nur unvollständig und namentlich in zeitlich ungeordneter Weise erinnern; aber ich weiß nicht, wie man die spezielle Funktion der Merkfähigkeit aus dem komplizierten Syndrom herausheben und für sich prüfen kann). Außerdem kommen Schwindelgefühle und epileptiforme Anfälle vor.

Der Autor rechnet auch Fälle mit katatonen Symptomen hinzu: Ekstatische, dämonomanische Stellungen, theatralisch-pathetische Sprache, Flexibilitas cerea, Stupor. Er unterscheidet geradezu eine erregte oder deliriöse und eine stuporöse Form der Amentia. Ferner kennt er eine periodische Amentia, z. B. im Anschluß an die Menstruation. Es ist nun richtig, daß Menstruationspsychosen etwa ähnliche Charaktere annehmen können, und es mag auch der Menstruationsprozeß zu Veränderungen des Chemismus führen, aber im ganzen verträgt sich der Begriff der Periodizität, der eine endogene Ursache voraussetzt, nicht recht mit dem der Amentia.

Obschon es gut möglich ist, daß bei Infektionspsychosen wächserne Biegsamkeit und das eine oder andere katatone Syndrom überhaupt vorkommen mag, möchten wir den Begriff lange nicht so ausdehnen. Es müssen bei dieser Begrenzung eine Menge von Einzelfällen, die wir der Schizophrenie zuzählen, als Amentia aufgefaßt werden. Da ist es nicht zu verwundern, wenn SIEMERLING nur etwa ein Drittel Heilungen sieht, und seine andern Fälle zu einem kleinen Teil sterben, zum größeren aber in „sekundäre" Demenzformen übergehen, die nach unserer Auffassung mit schizophrener Verblödung identisch sind.

Auch die Wiener Schule läßt den Begriff der Amentia auf die Verwirrtheitszustände unserer Schizophrenie ausgedehnt. Ich zweifle nun nicht daran, daß bei dem Mangel an sicheren Unterscheidungszeichen bei uns gelegentlich eine Amentia als Schizophrenie verkannt werden mag, und es ist natürlich gut möglich, daß verschiedene akute Prozesse zu den nämlichen schizophrenieartigen Endzuständen führen; aber ich meine doch, es sei unrichtig, Krankheiten von einer Form abzutrennen, die man im akuten Stadium nur vermutungsweise als etwas Besonderes, eben die Amentia, auffassen **kann**, im chronischen Stadium aber überhaupt nicht von der Schizophrenie unterscheidet. Diese Auffassung wird um so schwieriger, als die verschiedenen Autoren hervorheben, daß das Hinzukommen katatoner Symptome den Übergang in Verblödung wahrscheinlich mache.

BINSWANGER teilt die **„Erschöpfungspsychosen"** ein in: 1. **Erschöpfungsstupor** bei leichten Graden und **akute heilbare Demenz** bei schweren Graden, 2. **Erschöpfungsamentia**, 3. **Delirium acutum exhaustivum.**

Die erste Gruppe entspräche ungefähr den infektiösen Schwächezuständen KRAEPELINS, das Delirium acutum exhaustivum nur zum geringsten Teil dem Kollapsdelir, meistens anderen Formen des Delirium acutum. Die Auffassung der ganzen KRAEPELINschen Gruppe nur als „Erschöpfungspsychosen" ist eine zu enge, wenn auch Schwächungen (Blutverluste und Infektionskrankheiten) etwas mit solchen Symptomenbildern zu tun haben. Sicher hat BONHOEFFER recht, wenn er behauptet, Erschöpfungs- und Infektionspsychosen seien symptomatologisch (noch) nicht voneinander zu trennen. Die entsprechenden Syndrome kommen außerdem noch bei Nierenkrankheiten und anderen chemischen Störungen des Körperhaushaltes vor.

Wir formulieren also zur Zeit am besten etwa folgendermaßen: Es gibt Psychosen infolge von Infektionskrankheiten, von irgendwelchen anderen Schwächezuständen, irgendwelchen Stoffwechselvergiftungen, von „Generationsvorgängen". Allen sind gemeinsam die „drei Symptome der Rindenschwäche, Zerfallen der Assoziationen, mangelhafte bis fehlende Apperzeption, Auftreten zahlreicher Phantasmen" (RAECKE). Im äußern Bild herrscht vor Verworrenheit, enorm erschwerte Verarbeitung der äußern Eindrücke, Desorientiertheit, wechselnde Halluzinationen, Perseveration; die Affektivität ist verschieden: gehobene Stimmung tritt selten, Ängstlichkeit am häufigsten in die Erscheinung, die Desorientierung wird bewußt, und deshalb spricht man von dem „Affekt der Ratlosigkeit". Dazu kommt motorische Unruhe, Darniederliegen des Appetites und der Ernährung.

Das Kollapsdelir wäre die akuteste Form dieser Krankheiten, die zugleich auch die schwersten Symptome hätte mit sinnlosem Aneinanderreihen von Worten, aber (zum Unterschied von manischen Zuständen) verbunden mit Perseveration; die Störung der Auffassung geht bis zu fast vollständigem Ignorieren alles dessen, was um die Kranken vorgeht; sie geben selten Antworten auf Anreden. Die motorische Erregung kann bis zu unkoordinierten Zuckungen gehen; sie bekundet ihre Eigentümlichkeit auch durch das Stoßweise des Bewegungsdranges. Eine weniger akute Form wäre die Amentia mit sonst ähnlichen Symptomen, während akute heilbare Demenz, Erschöpfungsstupor, infektiöse Schwächezustände ebenfalls subakut verlaufen, aber sich durch den Mangel

an Reizsymptomen bei vorherrschender Lähmung des Gedankenganges von den ersten Formen unterscheiden.

KRAEPELIN trennt die Gruppen nicht prinzipiell von anderen Infektionskrankheiten und verteilt sie in deren Gruppen. BINSWANGER, RAECKE u. a. fassen alle unter dem Begriff der **Erschöpfungspsychosen** zusammen, obschon die Erschöpfung nicht immer nachweisbar ist, so in Fällen wie den Menstruationspsychosen oder da, wo man überhaupt keine Ursache findet.

Wenn man die Amentia vorsichtig abtrennt von der Dementia praecox, so ist sie wenigstens bei uns eine recht seltene Krankheit. Es ist möglich, daß sie an anderen Orten häufiger ist, wie die speziell puerperalen Verwirrtheiten an den einen Orten reichlich, an anderen Orten sehr spärlich zur Beobachtung kommen; zum großen Teil aber liegen die Unterschiede der Häufigkeitszahlen in den Unterschieden der Auffassung.

D. Die infektiösen Schwächezustände.

Nach Infektionskrankheiten erholen sich einige Patienten sehr langsam. Sie bleiben wochen- oder monatelang moros, ermüdbar, haben Denkschwierigkeiten, mögen sich weder geistig noch körperlich anstrengen Sie sind aber besonnen und äußerlich geordnet („akute Demenz"). Meistens erholen sie sich doch noch vollständig. Dann und wann aber ist der Zustand ein ernster. Es kommen Halluzinationen, Wahnideen, stärkere ängstliche oder depressive Verstimmungen hinzu, und die Kranken bleiben dauernd blödsinnig.

Die Anatomie dieser Psychosen ist ungenügend bekannt. Doch gibt es Fälle, z. B. nach Typhus, Pocken und Scharlach, mit umschriebenen Hirnherden, die auch oft Lokalsymptome gemacht haben. Hie und da sind diffuse Störungen vorhanden, namentlich nach Influenza und Sepsis und auch zuweilen nach Typhus. Es handelt sich dann um einen infektiösen Korsakow meist mit Polyneuritis, der sich vom alkoholischen durch geringere Lebhaftigkeit der Psyche unterscheidet — stuporöse Benommenheit sei nicht selten — und wenn das Leben erhalten bleibt, häufiger ausheilen soll als bei alkoholischer Genese.

BONHOEFFER ordnet unser bisheriges Wissen in anderer Weise: Er geht davon aus, daß wir verschiedene symptomatologische Stufen herausheben können, während die einzelnen Infektionen in keiner Weise mit den klinischen Bildern in Zusammenhang zu bringen sind. So unterscheidet er Delirien, epileptiforme Erregungen (plötzlich einsetzend und aufhörend), Dämmerzustände, Halluzinosen (halluzinatorische Zustände ohne auffällige Denk- und Orientierungsstörungen), Amentiabilder, letztere bald mehr halluzinatorischen, bald katatonischen, bald inkohärenten Charakters, dann korsakowscher Typus und Delirium acutum. Für Genaueres muß ich auf das Original verweisen[1]). Nur das ist als praktisch wichtig hervorzuheben, daß bei Fieberpsychosen Symptome vorkommen können, die nach unseren bisherigen Untersuchungsmethoden nicht von katatonen zu unterscheiden sind. Ein katatonisches Krankheitsbild kann also unter Umständen eine Fieberpsychose (Amentia im Sinne BONHOEFFERS) sein.

Als theoretisch interessant, wenn auch noch nicht verständlich, mag auch noch erwähnt sein, daß BONHOEFFER die Heilung von infektiösem Korsakow nach einigen Wochen ganz plötzlich eintreten sah.

---

[1]) ASCHAFFENBURG, Handbuch der Psychiatrie, Deuticke, Leipzig und Wien 1912 Spezieller Teil, III. Abt., I. Hälfte.

V. Syphilitische Psychosen.

Unter den infektiösen Erkrankungen des Schädelinhaltes ist die Syphilis die wichtigste. Allerdings gibt es auch ohne Festsetzung eines luischen Prozesses in den Zentralorganen schon im Beginn des Sekundärstadiums der Lues Störungen, die als „neurasthenische" zu bezeichnen sind, teils unter dem psychischen Eindruck der Infektion, die heutzutage nicht mehr so leichtfertig genommen wird, teils wohl durch direkten schwächenden oder vergiftenden Einfluß des Virus, den wir allerdings noch nicht genauer definieren können. Mancherlei Zeichen leichter Störungen des Nervensystems, Schwindel, Kopfweh, herabgesetzte Lichtreaktion der Pupillen, Vermehrung der Zellen und des Eiweißes im Liquor, der öftere Erfolg einer antiluischen Kur lassen vermuten, daß als dritter Faktor auch irgend eine unbekannte Frühalteration des Gehirns oder der Meningen neurasthenieartige Symptome hervorbringen oder mitbedingen könne.

Manchmal ist der Gedanke, infiziert zu sein, und die Furcht vor den Folgen der Lues im Vordergrunde des Bildes. Es entwickelt sich eine **hypochondrische Neurasthenie** mit eifrigem Suchen nach Krankheitssymptomen, die der Syphilis zugeschrieben werden könnten. Nach manchen sollen auch **hysterische** Bilder durch die Infektion ausgelöst werden können.

In anderen Fällen handelt es sich nach Kraepelin um **allgemeines nervöses Unbehagen**, Erschwerung des Denkens, Reizbarkeit, Schlafstörung, Kopfdruck, unbestimmte wechselnde Mißempfindungen und Schmerzen, weiterhin Angstgefühle, ausgesprochene Verstimmungen, Schwindel, Benommenheit, Schwierigkeiten der Wortfindung, flüchtige Lähmungen, Empfindungsstörungen, Brechreiz, Steigerungen der Eigenwärme. Die letztere Gruppe von Erscheinungen wäre etwa auf die dritte Ursache, irgendeine direkte anatomische oder chemische Störung im Schädelinhalt zurückzuführen.

Für eine zweite Gruppe syphilitischer Psychosen, die bei Männern und Frauen ungefähr gleich häufig sein sollen, kennen wir anatomische Grundlagen, nämlich **Gumma, langsam verlaufende Meningitis und luische Gefäßerkrankung.** Meist überwiegt einer dieser Prozesse; aber selten beschränkt sich die Störung ganz auf einen derselben; am ehesten findet man die Gefäßalteration allein. Diese begleitet aber ihrerseits gerne die Meningitis, und beide zusammen finden sich oft bei einer in der Hauptsache gummösen Affektion. Die Kombinationen und die wechselnde Intensität und Lokalität der Prozesse bedingen eine große Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder. Die anatomischen Befunde sind aber bis jetzt nur im Groben mit den klinischen in Parallele zu setzen.

Die Gummata machen natürlich an sich die nämlichen Symptome wie andere Hirngeschwülste von gleich schnellem Wachstum und gleicher Lokalisation. Die Meningitis ist meistens an der Basis lokalisiert, besonders in der Gegend der Abgänge der verschiedenen Augennerven; seltener betrifft sie auch die Konvexität und dann gewöhnlich in geringerem Grade. Je nachdem sie den Druck erhöht und der luische Prozeß oder dessen Ernährungsstörungen auch auf die Hirnrinde übergreifen oder nicht, macht die Meningitis natürlich auch sonst vielerlei Symptome. Die erkrankte Pia ist meistens verdickt, getrübt, mit Rundzellen infiltriert, das Bindegewebe vermehrt.

Die Gefäßveränderungen für sich bewirken ähnliche Symptome wie die nichtluischen Arteriosklerosen. Sie können mehr die großen oder mehr die kleinen Gefäße betreffen. Die syphilitische Gefäßerkrankung zeigt sich an den größeren Arterien als Wucherung der Zellen der Intima und Adventitia, der ersteren bis zur Verlegung des Lumens. Die Elastica splittert sich auf. Daneben gibt es auch Neubildungen von Gefäßen. Der Prozeß hat eine gewisse Tendenz, sich zurückzubilden, doch ist, wenn es sich um Hirnarterien handelt, das von ihnen versorgte Gebiet meist dauernd geschädigt in Form von einfacher allmählicher Verödung der nervösen Elemente mit Wucherung der Glia bis zu Erweichungen und Blutungen. Der Prozeß ist meist in der Pia am stärksten und scheint von dieser aus auf die Rinde überzugreifen.

Zum Unterschied von Paralyse besteht eine massige Durchdringung des ganzen Gefäßes mit Rundzellen, unter denen Plasmazellen die große Minderheit bilden oder fehlen, während für die Paralyse die Einscheidung des Gefäßes gerade mit Plasmazellen das Charakteristische ist, und die hochgradige Wucherung der

Intima dieser Krankheit fremd bleibt. Charakteristisch ist ferner die mehr fleckweise Ausbreitung gegenüber den diffusen Störungen der Paralyse.

Innerhalb des Gehirnes finden sich oft neben der Erkrankung der größeren Arterien oder auch ohne solche eine Endarteritis der kleinen Gefäße mit Vergrößerung und Wucherung der Zellen in der Adventitia und Intima, aber ohne Infiltration mit Rundzellen.

Die Gehirnsubstanz wird natürlich durch die Alteration der Gefäße und der Meningen qualitativ und quantitativ in ganz verschiedener Weise geschädigt.

Die organisch-nervösen Symptome können so ziemlich alle Formen annehmen, die überhaupt vom Schädel- und Rückenkanalinhalt aus bewirkt werden Am häufigsten wiederholen sich reflektorische Pupillenstörungen, Drucksymptom. mit Benommenheit, Schlafsucht usw. und Anfälle apoplektiformen, epileptiformene Jacksonschen Charakters. Die psychischen Symptome sind die der organischen Psychosen. Die spezifischen Eigentümlichkeiten sind ähnlich wie bei dem arteriosklerotischen Irresein — aus dem selbstverständlichen Grunde, weil bei beidet Krankheiten die Hirnrinde nicht in toto ergriffen zu sein braucht. Die Persönlichkein bleibt länger erhalten (S. 99, 255). Die Kranken bewahren die äußere Haltung, nehmen Anteil an äußeren Vorgängen. Das Urteil wird weniger gestört; so besteht oft eine weitgehende Krankheitseinsicht, ja überhaupt in ruhigen Zeiten eine ziemliche Klarheit. Wie bei dem arteriosklerotischen Irresein sind auch hier die psychischen Symptome zeitlich und numerisch lakunär: manche gute Einzelfunktionen aüberraschen neben ausgefallenen; zeitlich können launenhafte Schwankungen einjtreten, abgesehen vom allgemeinen Verlauf zur Besserung oder Verschlimmerung.

Nach all dem kann man keine scharf trennbaren Krankheitsbilder erwarten, es kommt hinzu, daß auch eine echte Hirnsyphilis später von echter Paralyse gefolgt sein kann. Kraepelin hat herausgehoben: Die Formen mit Hirndruck, meist beruhend auf Gummigeschwülsten, klinisch von den Krankheiten bei anderen Hirntumoren nicht wesentlich unterschieden, und die syphilitische Pseudoparalyse (entsprechend ungefähr der postsyphilitischen Demenz Binswangers).

Es handelt sich bei der letzteren am häufigsten um ein der einfach dementen Paralyse sehr ähnliches Krankheitsbild; auf körperlichem Gebiete ist neben der Lichtstarre der Pupillen hauptsächlich zu nennen die Häufigkeit unregelmäßiger Lähmungen der Augenmuskeln und Sehstörungen; Sprach- und Schriftstörungen können vorhanden sein, haben dann aber meist einen von den paralytischen abweichenden Typ.

Viel seltener ist die zur syphilitischen Pseudoparalyse zu zählende **delirlöse Verwirrtheit** von Marcus, die sich in meist ziemlich plötzlich ausbrechenden organischen Delirien äußert (Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Angst, Verkennung der Umgebung, Halluzinationen des Gehörs und Gesichts, meist schreckhaften Inhalts, lebhafte Erregung, Gewalttaten gegen sich und andere; daneben organische Nervensymptome).

Andere Formen gleichen der expansiven Paralyse. Bei einer vierten Gruppe ist die organische Gedächtnisstörung („Korsakow") im Vordergrund.

Die **syphilitische Pseudoparalyse** hat einen ganz unregelmäßigen Verlauf; sie kann jahrelang stillstehen. Der Ausgang ist in allen Fällen, wenn keine antiluische Behandlung eingreift, oder wenn diese nichts wirkt, ein mit Lähmungen gepaarter organischer Blödsinn. Die Patienten sterben an interkurrenten Krankheiten oder an Schwäche oder zerebralen Anfällen oder marastischen Pneumonien u. dgl.

Die Differenzialdiagnose der Pseudoparalyse gegenüber der Paralyse ist im einzelnen Falle nicht gleich mit voller Sicherheit zu machen. Besserung während antiluischer Kur schließt Zufall nicht aus. Wahrscheinlichkeit für Hirnsyphilis geben die geringere Intensität und Extensität der psychischen Störungen. Dann mag von Wert sein, daß bei der Paralyse den körperlichen Symptomen meist leichtere psychische (z. B. „die neurasthenischen") vorausgegangen sind, während hier beide Gruppen gewöhnlich zusammen auftreten.

Nach Plaut ist namentlich folgendes zu beachten: Wassermann im Blut beweist die Lues; sein Fehlen läßt mit 80 Proz. Wahrscheinlichkeit eine Hirnlues ausschließen. Eine ausgesprochene Pleozytose des Liquor im Spätstadium der Lues (nicht im Anfangsstadium) beweist einen organischen (meningitischen) Prozeß im Zentralnervensystem, ebenso Nonnes Phase I. Wassermann im Liquor beweist die luische Affektion des Zentralnervensystems; gegenüber der regelmäßig starken Reaktion bei Paralyse (deutlich bei 0,2 ccm Liquor) ist sie schwach; der Liquor

muß ausgewertet werden bis zu 1,0 ccm. Man hatte deswegen früher ein häufiges Fehlen der Reaktion angenommen. Ausschließen läßt sich Lues cerebri am ehesten bei fehlendem Wassermann im ausgewerteten Liquor, dann bei Fehlen des Wassermann im Blute, Fehlen der Pleozytose und am wenigsten sicher bei Fehlen der Globulinreaktion.

Die **apoplektische Hirnlues** soll die häufigste der syphilitischen Psychosen sein. Sie gibt ungefähr die nämlichen Bilder wie die gewöhnliche postapoplektische Demenz, tritt jedoch meist im früheren Lebensalter ein, zeigt eine größere Flüchtigkeit und Rückbildungsmöglichkeit der Symptome und dann als wesentliche Zeichen der Hirnlues wieder häufige Augenmuskellähmungen und Pupillenstörungen.

Es gibt ferner eine **luische Epilepsie**, die sich von den anderen Formen unterscheidet durch: Nachweis der Lues, spätes Auftreten, gelegentliche (nicht regelmäßige) Heilung durch antisyphilitische Behandlung und endlich durch die Augenstörungen.

Eine ganz abweichende Form ohne deutliche psychisch-organische Symptome ist hauptsächlich von Plaut als **Halluzinose der Syphilitiker** eingehender beschrieben worden. Es handelt sich um Fälle, die klinisch bis jetzt nicht von einem leichten Paranoid zu unterscheiden sind, mit unsinnigen Wahnideen, Stimmen, sehr selten andern Halluzinationen; wahrscheinlich kommen auch Körperhalluzinationen vor: die Kranken können sich hypnotisiert fühlen. Ausgesprochen spezifisch schizophrene Symptome, namentlich auch die eigentliche Verblödung, fehlen aber. Depressionen mit Versündigungsideen und (seltener) Exaltationen geringeren Grades, aber doch mit Größenwahn, sind ebenfalls anzutreffen. Meist besteht ein gewisses Krankheitsgefühl. Der Verlauf ist ähnlich dem mancher Fälle von schizophrenem Paranoid und zeigt unregelmäßige Schwankungen bis zu halluzinatorischen Aufregungen, die aber ohne Desorientierung bleiben. Heilungen scheinen nicht vorzukommen (trotz antisyphilitischer Behandlung).

Manchmal treten auch Lähmungserscheinungen, Pupillenstörungen, Blasenschwäche, Störungen der Sprache und Schrift, Schwindel und andere zerebrale Anfälle hinzu. Die Krankheit bricht meist mehr als zehn Jahre nach der Infektion aus.

Der Beweis für die Existenz eines solchen luischen Krankheitsbildes liegt in der Häufigkeit der Lues bei derartigen Formen im Gegensatz zu den andern, schizophrenen Bildern, im Hinzukommen neurologischer Symptome (Pupillen, Sehnenreflexe usw.), in der (schwachen) Wassermannreaktion im Liquor. Anatomische Untersuchungen liegen, so viel ich weiß, noch nicht vor. Man hat auch die besser erhaltene Persönlichkeit, überhaupt die geringe Schwere der Symptome differenzialdiagnostisch herausgehoben; doch gibt es genug nicht-luische Paranoidfälle, die lange Zeit oder dauernd nicht schwerer geschädigt sind als diese Patienten.

Plaut beschreibt auch ähnliche **akute Fälle**: Ängstliche Aufregungen mit Stimmen und Verfolgungswahn ohne Desorientierung, die 18 Tage bis 10 Monate gedauert haben und meist heilen.

Die wichtigste syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems ist die **Dementia paralytica**, die aus symptomatischen und historischen Gründen zur Zeit noch als selbständiges Krankheitsbild behandelt wird. Sie hat gegenüber den andern luischen Krankheiten einige Eigentümlichkeiten mit der Tabes gemeinsam und vergesellschaftet sich auch nicht selten mit dieser Krankheit als Tabesparalyse. Daneben aber gibt es **„Tabespsychosen“**, die weder klinisch noch anatomisch der Paralyse angehören. Meistens zeigen sie leichte Andeutungen von organischen Symptomen, namentlich Affektlabilität, aber auch die Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit usw. Im übrigen gestalten sie sich sehr verschieden. Nach Kraepelin unterscheidet man am besten affektive und paranoide Formen, von denen die letzteren die häufigeren sind.

Die affektiven Bilder äußern sich in andauernder Verstimmung, in Form von Depression, Reizbarkeit oder abnormer Euphorie. Die paranoiden Formen entwickeln unklare Wahnideen, meist der Verfolgung, dazwischen auch etwa Größenideen, haben Halluzinationen des Gehörs, gelegentlich des Gesichts, etwa des Geruchs und Geschmacks und der Körperempfindungen (S. 46).

Auch bei chronischem Verlauf schwanken diese Zustände ziemlich stark; anderseits gibt es nicht seltene Fälle, wo sich die Krankheit fast nur in akuten Schüben solcher Halluzinationen und Wahnbildungen mit meist ängstlichen, sich bis zu Delirien steigernden Aufregungen äußert. Dazwischen gibt es alle Mischungen und Übergänge, d. h. Fälle, in denen die Wahnideen im besonnenen Zustand mehr

oder weniger bestehen bleiben und dann und wann Delirien auftreten. In besonnenen Zuständen pflegen alle diese Kranken allopsychisch orientiert zu sein.

Das viel häufigere Vorkommen von Augennervenstörungen bei Tabes mit Psychosen als bei bloßen Rückenmarksymptomen macht es wahrscheinlich, daß auch die Tabespsychosen auf einer Art Hirnlues beruhen.

Auch die **Erbsyphilis** erzeugt eine Menge von Gehirnkrankheiten, die mit psychischen Symptomen einhergehen, von der einfachen Nervosität bis zur Idiotie, Epilepsie, der infantilen Paralyse und anderen progressiven Demenzformen, die noch nicht recht beschrieben sind.

Ein Teil der luischen Idiotien sind schon intrauterin entstanden, nach KRAEPELIN hauptsächlich durch Meningenzephalitiden. Andere bilden sich erst später aus, teils schubweise, teils allmählich; später können sie wieder stille stehen. Lokale Zerstörung des Gehirngewebes, z. B. durch Arterienverschlüsse, hinterlassen natürlich ähnliche Bilder wie die akuten Enzephalitiden. Nach einigen sollen um 10 Proz. der Idiotien syphilitisch bedingt sein. Bei manchen findet man neben schweren oder auch ganz geringen intellektuellen Störungen hauptsächlich Charakteranomalien, Heftigkeit, Bösartigkeit, Grausamkeit, Unerziehbarkeit überhaupt. Unter Umständen stellen sich auch paranoide Bilder ein. Meistens ist bei allen diesen Formen die ganze Konstitution geschädigt; die Kinder entwickeln sich spät, bleiben schwächlich, klein oder verbildet. Die luisch-zerebralen Symptome können zu beliebigen Zeiten auftreten, am häufigsten aber in den ersten Jahren. Infantile Paralysen können aber auch erst im zweiten Dezennium beginnen, ja, in ganz seltenen Fällen soll sich der Ausbruch bis ins vierte oder fünfte Dezennium verzögern.

Die Diagnose der Paralyse bei Kindern beruht auf den gleichen Prinzipien wie bei den Erwachsenen. Die anderen erbsyphilitischen Formen werden als sicher syphilitisch erst durch den Erfolg der Therapie oder durch die anatomische Untersuchung nachgewiesen. Immerhin sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für spezifischen Ursprung der Nachweis der Syphilis (direkt luische Manifestationen, positiver Wassermann, Hutchinsonsche Trias: halbmondförmiger unterer Rand der mittleren oberen Schneidezähne, Keratitis parenchymatosa, plötzliches Ertauben im Kindesalter), ferner die Augensymptome und der schwankende progressive Verlauf.

Die organischen Psychosen (VI und VII).

Unter dem Namen der organischen Psychosen katexochen[1]) faßt man diejenigen Geisteskrankheiten zusammen, die auf einer diffusen Reduktion der Hirnsubstanz beruhen. Die gemeinsame anatomische Grundlage gibt ihnen eine Reihe gemeinsamer Symptome („organische Symptome“[2]). Je nach den verschiedenen Prozessen werden diese Symptome aber verschieden nüanciert, oder es kommen noch andere, für die Einzelkrankheiten charakteristische hinzu.

Gedächtnis (S. 71): Je rezenter ein Engramm, um so schlechter ist ceteris paribus die Erinnerung bis zum vollständigen Mangel der Merkfähigkeit — je älter es ist, um so weniger wird die Erinnerung gestört. Gedankenarmere Patienten füllen oft ihre Erinnerungsleere mit (echten) Verlegenheitskonfabulationen aus, während produktivere auch darüber hinaus in spontanen Pseudoerinnerungen schwelgen. Vor

[1]) Alle unter I, II, V, VI, VII beschriebenen Psychosen und ein großer Teil der Oligophrenien sind auch organische Formen, und schließlich beruhen in gewissem Sinne auch andere Psychosen, wie die Dementia praecox, auf irgendeiner „organischen“ Anomalie; am wenigsten mit der Physis zu tun haben die reaktiven Formen.

[2]) Auch „Korsakowsches Syndrom“ genannt. Der Name deutet aber einige mißverständliche Beziehungen an, die wir vermeiden möchten, vgl. S. 116. Nach SCHROEDER (Intoxikationspsychosen in ASCHAFFENBURGs Handbuch der Psychiatrie, Spez. Teil, 3. Abt., 1. Hälfte, Deuticke, Wien 1912) kommt der hier zu beschreibende Symptomenkomplex vorübergehend auch bei Hirnstörungen durch Erhängen und Kopftraumen vor.

übergehende Verwirrtheiten oder andere Alterationen des Bewußtseinszustandes (Anfälle aller Art) hinterlassen häufig Amnesien.

Der Umfang der gleichzeitig möglichen Assoziationen ist beschränkt (S. 56). Die Auswahl wird hauptsächlich durch die Affekte resp. die momentanen Strebungen bestimmt. Eine der ersten Folgen davon ist die Kritiklosigkeit und Störung der Urteilsfähigkeit. Es sei erinnert an den Paralytiker, der aus dem hochgelegenen Fenster springt, um einen Zigarrenstummel aufzuheben, und an den, der vor aller Augen einen Gegenstand stiehlt und sorgfältig verbirgt. Ein anderer Paralytiker stahl am hellen Tage vor einer Weinhandlung ein Faß Wein und rollte es nach Hause; als er ermüdet war, bat er zwei Schutzleute, ihm zu helfen, die dann auch die (Pariser) Gefälligkeit so weit trieben, ihm zu willfahren. Ein paralytischer Arzt drohte uns, er werde uns davonlaufen; das könne er ganz gut in folgender Weise bewerkstelligen: er gehe mit uns spazieren, dann gehe er einen Augenblick abseits und komme nicht mehr. Wenn der euphorische Organische in die Anstalt kommt und ein schönes Zimmer und ein freundliches Entgegenkommen findet, so übersieht er recht oft die ganze Internierung mit ihrem Zwangsmäßigen und erklärt, da werde er nun so und so lange bleiben. Ein Paralytiker findet einen alten Sack, zerschneidet mehrere neue, um ihn zu flicken, kommt dann auf die Idee, ihn so groß zu machen, daß er bis zur Decke reiche. Durch Erfahrung werden die Kranken auf dem Höhestadium nur ausnahmsweise klug. Die Variationen des Paralytikers, der mehrere Jahre lang den Arzt bei jeder Visite mit den Worten begrüßt: „Am Dienstag kommt meine Frau und holt mich ab“, sind in jeder Anstalt bekannt.

Komplizierte Bilder können manchmal nicht mehr im Zusammenhang erfaßt werden; die Patienten zählen Einzelheiten auf und erinnern dann an Imbezille in dieser Beziehung.

Die verschiedenen intellektuellen Fähigkeiten verlieren sich nicht gleichmäßig, ohne daß man zur Zeit eine andere Regel angeben könnte, als daß besonders entwickelte und besonders geübte Fertigkeiten dem allgemeinen Untergang am längsten entgehen. Der senile Buchhalter kann in allen anderen Richtungen schon recht stark dement sein und doch im Addieren noch manchen Gesunden überholen. Ein paralytischer Arzt, der sich früher als Schachspieler einen gewissen Namen erworben, konnte noch, als er im übrigen vollständig kindlich schien, einem wenig gewandten Gegner zu beliebiger Zeit ankündigen: „In zehn Zügen setze ich Sie auf diesem bestimmten Felde matt“, und er bekam jeweilen recht.

Meistens sind die psychischen Vorgänge mehr oder weniger verlangsamt, auch abgesehen von den offenbar direkt im Krankheitsprozeß begründeten torpiden Zuständen. Doch kann die Verlangsamung in gewisser Beziehung durch manische Verstimmungen mit ihrem raschen Ideenablauf überkompensiert werden. Manchmal haben die Kranken deutliche Schwierigkeit, von einem Thema auf ein anderes überzugehen. In den späteren Stadien besteht Neigung zu Perseveration, in schweren Fällen so stark, daß ein Kranker z. B. die verschiedensten Fragen nach den Personalien mit „61“ beantwortet, nachdem er sein Geburtsjahr mit dieser Zahl angegeben hatte. Interkurrente stärkere Assoziationsstörungen liegen den Delirien und Verwirrtheitszuständen zugrunde.

Das unvollständige Denken führt die Kranken, namentlich Senile, oft dazu, Fragen in charakteristisch unbestimmter Weise zu beantworten: „Woher kommen Sie jetzt?“ „Von da hinten bin ich vorgekommen.“ „Wo steht denn unsere Anstalt?“ „Ja eben in dieser Stadt.“ Solche Antworten werden nicht im Tone des Geflissentlich-Ausweichenden, sondern mit einer gemütlichen Treuherzigkeit gegeben. Die Kranken sind offenbar damit zufrieden und erwarten, auch der Fragende sollte es sein. Sehr oft tritt die Affektivität in der Form der Antwort hervor: „In was für einem Saal sind wir denn jetzt?“ „In einem schönen.“ „Was für Leute sind denn das?“ „Rechte Leute.“ In anderen Fällen drückt sich eine mehr oder weniger bewußte Verlegenheit aus, die aber den Charakter der Antwort eigentlich nicht ändert; bei Fragen nach dem Datum haben die Kranken gerade heute die Zeitung oder den Kalender nicht gesehen, oder sie wenden sich in Verkennung der Bedeutung der Frage an einen Begleiter und fordern ihn auf, die Antwort zu geben u. dgl. Auch dieses Symptom ist namentlich bei Senilen auffallend.

Die Affektivität ist labil, schlägt stärker und rascher an abnormal (affektive Inkontinenz); die Gemütserregungen verflackern aber auch wieder leicht, sei es spontan, sei es dadurch, daß man den Kranken auf andere Gedanken bringt. Im letzteren Falle läßt sich auch eine lebhafte Stimmung restlos durch eine andere ersetzen, oft in wenigen Sekunden; der aktuelle Affekt beherrscht den Kranken vollständig. Kleinigkeiten machen ihn glücklich und verzweifelt. Eine paralytische Frau machte einen ernsthaften Selbstmordversuch, weil der Mann zu spät zum Essen kam. Soweit die Übersicht über kompliziertere Verhältnisse fehlt, können diese selbstverständlich nicht mehr mit Gefühlen betont werden. Auch durch die Verminderung der Assoziationen wird die Gefühlsreaktion leicht auf gewisse Gebiete eingeschränkt, und die Kranken erscheinen gleichgültig, ohne daß der Defekt eigentlich auf der affektiven Seite läge. Ein allgemeiner Hirntorpor äußert sich natürlich auch in der Affektivität; demgegenüber haben andere Kranke eine übertriebene allgemeine, also auch affektive Regsamkeit. Zu den am schwersten unterdrückbaren Interessen gehören natürlich die egoistischen; da gleichzeitig mit ihnen andere korrigierende Ideen, namentlich Kontrastvorstellungen nicht leicht oder gar nicht gedacht werden können, erscheinen viele dieser Kranken im Denken und Fühlen und Handeln egoistisch. Das tritt namentlich bei den einfachen senilen Formen in den Vordergrund, während bei erethischen und manischen Zuständen, wie sie besonders bei der Paralyse vorkommen, die reichere Abwechslung im Denken diese Neigungen überkompensiert.

Meistens sagt man, daß die ethischen Gefühle der Organischen früh und stark leiden. Ich glaube, das sei unrichtig. Manche dieser Kranken begehen allerdings allerlei Verbrechen, aber nach meiner Erfahrung — soweit sie vorher anständig waren — deshalb, weil sie die ganze Sachlage und ihre Konsequenzen nicht mehr übersehen. Kann man ihnen begreiflich machen, was sie getan haben, so bereuen sie in normaler Weise. Hatten sie vorher antisoziale Tendenzen, so läßt natürlich der Wegfall der Hemmungen dieselben leichter gefährlich werden.

Das Zusammenwirken dieser labilen Affektivität mit der eingeschränkten Überlegungsfähigkeit macht ein zielbewußtes Handeln unmöglich. Zartgefühl, Rücksicht, Takt, Pietät, ästhetisches Feingefühl, Pflicht-

efühl. Rechtsgefühl, sexuelles Schamgefühl versagen alle Augenblicke, uch wenn sie vorhanden sind. Beliebige Antriebe werden hemmungslos ı die Tat umgesetzt. „Haltlosigkeit, Nachgiebigkeit gegen fremde Vünsche und eigene Begierden, Handeln ohne Rücksicht auf Pflicht, itte und Zweckmäßigkeit, gesellschaftliche Verstöße, Vernachlässigung nd Entgleisung im Benehmen, Vergehen gegen das Gesetz, schamlose exuelle Akte u. a. m. sind die verständlichen Konsequenzen dieser Vandlung der Charaktereigenschaften."[1])

Monate und länger dauernde akute manische und melancholische timmungsverschiebungen sind häufig. Auch kann die Stimmung hronisch während des ganzen Verlaufs eine krankhaft euphorische oder epressive sein.

Entsprechend diesem Zustand der Affektivität und der Einschränung der Assoziationen ist die positive wie die negative Suggestibilität rhöht: die Leute sind einerseits leicht bestimmbar und anderseits eigeninnig.

Die Auffassung wird verlangsamt und unklar. (Die Kranken rauchen mehr Zeit zur Erkennung von Bildern und täuschen sich och oft; Verkennungen sind manchmal durch Perseveration determiniert. elesenes wird leicht unvollständig und fehlerhaft aufgefaßt. Fragen an lie Patienten müssen oft wiederholt werden und werden manchmal m Sinne des früheren Gedankenganges beantwortet.)

Die Orientierung in Zeit und Raum, oft auch die autopsychische, rird gestört. Es fehlt den Kranken die „innere Uhr" (HOCHE). Eine Art Orientierungsstörung ist es auch, daß viele dieser Kranken nicht mehr interscheiden, ob sie oder andere angesprochen werden. Bei den klinischen Vorstellungen z. B. antworten manche wie Alkoholdeliranten regelnäßig auch dann, wenn man sich ans Auditorium wendet.

Die Aufmerksamkeit (S. 94) wird, abgesehen von der Beschränung des Umfanges, erschwert, viel stärker die habituelle und die pasive als die maximale und die aktive. Die Intensität der letzteren ann normal sein, während die Extensität schon stark gelitten hat. Manchmal ist die Vigilität gleichzeitig mit der Tenazität herabgesetzt.

Sind Wahnideen vorhanden, so bekommen sie in den schweren Fällen in der Regel den Charakter des Unsinnigen. Unter den depressiven ind übertriebene Krankheitsideen etwas Gewöhnliches; das Délire d'énornité und der Nihilismus sind, wenn vorhanden, besonders charakteritisch.

Halluzinationen betreffen meist Gesicht und Gehör. Entsprechend lem Hirnprozeß kommen auch andere Arten von Parästhesien vor, die inter Umständen durch deliriöse Umdeutung Ähnlichkeit mit eigentichen (Körper-)Halluzinationen bekommen. Viele unserer Kranken ind in der Nacht aufgeregt und halluzinieren, am Tage sind sie uhig oder schlafen dann geradezu.

Bei Depressiven ist ein monatelang anhaltendes Schreien Nächte iindurch nicht selten, wie überhaupt stereotypes Jammern und Klagen iirgends so stark hervortritt wie hier.

Schwere Angstanfälle mit unsinniger oder verwirrter Reaktion,

[1]) HOCHE, Dementia paralytica in ASCHAFFENBURGs Handbuch der Psychiatrie, Spez. Teil, 5. Abt. Deuticke, Wien 1912.

Fortdrängen, Anklammern, brutalen, oft ungeschickten Selbstmordversuchen, Sichverkriechen, Umsichschlagen usw. sind teils Folgen der Hirnkrankheit, teils wohl solche der Störungen des Zirkulationsapparates; jedenfalls sind sie am häufigsten bei Arteriosklerotikern.

Auch sonst kommen verschiedene Arten von deliriösen, vielleicht auch dämmerigen Zuständen vor, die keinesfalls alle einheitliche Genese haben. Wir finden sie interkurrent bei der Paralyse; beim arteriosklerotischen Irresein besonders nach dem Einsetzen ausgedehnterer Erweichungen usw.

Meistens sind die organischen Psychosen mit körperlichen Symptomen vergesellschaftet, die teils Folge der Hirnaffektion (Lähmung trophische Störungen), teils begleitende Erscheinung (seniler Marasmus, Neuritis) sind. Am konstantesten ist ein unregelmäßiges grobschlägiges Zittern, besonders der Hände und der Sprachwerkzeuge.

Als körperliche Symptome werden oft auch die „nervösen" Erscheinungen bezeichnet, die den Anfang jeder organischen Geisteskrankheit markieren können: Kopfdruck, Kopfweh, Parästhesien, Flimmern, Ohrensausen usw. Später werden sie zum Teil durch die schwereren psychotischen Symptome verdeckt, oder in deliriösen Zuständen zu Körperillusionen und den Körper betreffenden Wahnideen umgedeutet.

Die **wichtigsten organischen Krankheiten** sind die Paralyse, die verschiedenen senilen Formen, der eigentliche Korsakow infolge von Intoxikationen (Alkohol, auch etwa CO usw.). Dann gibt es noch eine ganze Anzahl von selteneren, meist ganz ungenügend bekannten Krankheiten, die ebenfalls die Hirnrinde reduzieren und deshalb die nämlichen Symptomenkomplexe machen: Verschiedene Arten von Degenerationen der Nervensubstanz, Gliosen, multiple Sklerose, Gehirnveränderungen bei Tabes, bei Tumoren usw.

Die Gedächtnisstörung ist am meisten charakteristisch in den einfachen Formen von Dementia senilis; es gibt da Fälle, bei denen man oft einigermaßen die Grenze der Erinnerungslosigkeit bestimmen kann. Der Patient erinnert sich z. B. an nichts, was in diesem Jahrhundert geschehen ist. Nach einiger Zeit reicht die Erinnerungsleere in die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts zurück, dann in die achtziger Jahre usw. Sind nur noch die Jugenderinnerungen vorhanden, so haben diese oft eine größere Frische als unter normalen Umständen, ja sie können halluzinatorische Lebhaftigkeit erlangen, so daß die Kranken Szenen durchzuleben glauben, die in Wirklichkeit vor siebzig Jahren stattgefunden haben. Bei arteriosklerotischen Formen gibt es inhaltlich und zeitlich leicht unregelmäßige Schwankungen der Erinnerungsfähigkeit. Bei der Paralyse ist der Unterschied in der Erinnerungsfähigkeit früherer und frischerer Ereignisse manchmal nicht so auffallend wie bei den senilen Formen, doch ist er regelmäßig nachzuweisen, wenn auch manchmal erst bei stärkerer Verblödung. Der alkoholische Korsakow hat, wenn er akut ist, gewöhnlich zunächst eine deutliche Grenze der Erinnerungsfähigkeit beim Krankheitsbeginn; die Patienten haben nichts zur Verfügung, was seitdem geschehen ist, das Frühere aber ziemlich vollständig. Mit der Zeit verwischt sich diese Grenze allerdings, indem auch frühere Ereignisse nicht oder falsch erinnert werden. Die Konfabulation ist bei der manischen Paralyse und dem alkoholischen Korsakow oft eine ganz schrankenlose. Bei manchen torpiden Formen

der senilen Psychosen fehlt sie nahezu. Ceteris paribus steigt und fällt sie mit der Erregung und der Aktivität.

Die **Kritiklosigkeit** scheint im ganzen bei der Paralyse größer zu sein als bei den senilen Formen, wo oft die Persönlichkeit mit ihren Strebungen im Verhältnis zu der elementaren Störung besser erhalten ist, indem z. B. ein geiziger Greis sich nicht leicht zu Schenkungen beschwatzen läßt u. dgl. Die unbestimmten Antworten, die den Mangel an Ideen verdecken sollen, finden sich am häufigsten und ausgesprochensten bei den einfachen Senildementen. Grobe Hirnherde führen am eichtesten zu schweren Perseverationen.

Die **Produktivität** der Wahnideen ist bei der manischen Paralyse eine enorme, bei den andern Formen aber sehr beschränkt. Überhaupt st die **Phantasietätigeit** bei der Paralyse und beim alkoholischen Korsakow meist sehr lebhaft, sonst eher vermindert.

Die **Labilität der Affekte** tritt oft auch infolge einer Blutung n die Thalamusgegend ein; sie kann dann vereinzeltes Symptom bleiben, ndem die Intelligenz gar nicht oder erst nach Monaten und Jahren affiziert wird. Die Paralyse hat eine große Neigung zu euphorischen, die senilen Formen zu depressiven **Verstimmungen**. Der alkoholische Korsakow ist meistens recht euphorisch.

Die **Auffassungsfähigkeit** ist bei den einfachen senilen Formen oft viel länger erhalten als bei der Paralyse.

Der **Ausgang** der organischen Psychosen ist entsprechend der zugrunde liegenden Hirnkrankheit meistens ein letaler. Intoxikationspsychosen wie der Korsakow können sich mehr oder weniger zurückbilden oder nach einer kleinen Besserung im wesentlichen stationär bleiben und das Leben nicht mehr gefährden. Trotz des im ganzen progressiven Verlaufs können Remissionen bei der Paralyse und den arteriosklerotischen Formen sehr weit gehen; bei den letzteren können sie auch etwa nur wenige Tage, ja Stunden, dauern; es ist wohl die einzige Gelegenheit, wo man mit Recht von „**Lucida intervalla**" sprechen kann. Über die Prognose der einzelnen senilen Krankheiten siehe unten.

Eine **Differentialdiagnose** der organischen Psychosen ist im Anfang nicht leicht. Die Krankheit muß schon eine gewisse Höhe erreicht haben, bis ein großer Teil der genannten Störungen deutlich wird. Die Orientierung z. B. ist bei besonnenen Kranken erst bei stärkeren Graden von Verblödung gefälscht. Doch kann es auch vorkommen, daß gebildete Zeugen vor Gericht einen Mann für vollständig handlungsfähig erklären, der, buchstäblich genommen, Tag und Nacht verwechselt, nachts 11 Uhr in sein Bureau gehen und am Vormittag Feierabend machen will. Anderseits besteht bei der Dementia senilis eine Schwierigkeit darin, daß die normale Senilität ähnliche Symptome andeutet: Man weiß da nicht, bei welchem Grad von Gedächtnisstörung oder von Affektlabilität man die Krankheit beginnen lassen soll. Da müssen manchmal praktische Gründe ausschlaggebend sein.

Besteht ein ausgesprochener melancholischer Zustand, so deutet kleinliche Reaktion auf Nebensachen, wie ein verspätetes Essen, oder auffallende affektive Ablenkbarkeit etwa durch einen Witz auf organische Labilität.

Noch wichtiger ist der Unsinn der **Wahnideen** und hier namentlich die Form des Nihilismus und des Délire d'énormité. Die Orientierungs-

störung darf natürlich nur da verwertet werden, wo sie bei besonnenem Zustande vorkommt. Die nächtlichen Aufregungen neben Schlafen am Tage muß man vorsichtig verwenden, weil sie auch anderswo, z. B. etwa bei der Schizophrenie vorkommen. Langsamer Ablauf der psychischen Vorgänge, wenn auch in etwas anderer Art, findet sich bei Epilepsie ebenso unscharfe Wahrnehmung und Perseveration.

Oft ist die Diagnose der organischen Krankheit als solcher noch nicht zu machen, während spezifische Erscheinungen, namentlich körperliche (Neuritis, Pupillen- und Sprachstörung) die spezielle Psychose mit Sicherheit zu erkennen gestatten. Häufiger kann man die „organische Psychose“ im allgemeinen erkennen, während spezifische Symptome einer bestimmten Form noch fehlen. Dies um so mehr als es organische Psychosen infolge von Hirnkrankheiten, die wir noch nicht kennen, gibt.

Ein wichtiges Mittel zur Erkennung und Unterscheidung der organischen Störungen des Zentralnervensystems ist die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Die Lumbalpunktion hat bei verschiedenen Krankheiten auch therapeutische Bedeutung. Cave: Hirntumoren!

Die Technik der Punktion soll man im Interesse des Patienten durch praktische Demonstration und anfängliche Übung unter Aufsicht lernen. Zur Auffrischung des Gedächtnisses sei hier nur folgendes angeführt: Zieht man am Rücken des Patienten die Verbindungslinie der beiden Darmbeinkämme, so liegt zunächst über und unter dieser Linie der Zwischenraum zwischen dem 3. und 4. resp. dem 4. und 5. Lumbalwirbel, von denen man einen für den Einstich wählt; es ist dies die Gegend der Cauda equina, so daß eine Spinalverletzung unmöglich ist. Vorsichtigste Desinfektion! Die Punktionsnadel soll wenigstens 10 cm lang und möglichst dünn sein; am besten sind die elastischen Instrumente aus Platiniridium. Bei Geisteskranken ist es oft ein Vorteil, am Sitzenden zu punktieren, da hierbei die Festhaltung leichter ist und die Leute sich häufig weniger erregen, als wenn man sie legt; in beiden Fällen ist das Wichtigste die sehr starke Flexion der Wirbelsäule („Katzenbuckel“), da dann die Zwischenwirbelräume sich öffnen; dabei darf die Wirbelsäule nicht seitlich verdreht werden, da sonst das Auffinden des Spinalkanals viel unwahrscheinlicher wird. Den sitzenden Kranken fixiert man am besten so, daß er rittlings auf einem Stuhl sitzt und die Arme um die Stuhllehne schlingt; vor ihm kniet ein Pfleger, der ihm die Beine symmetrisch nach oben hält. — Der Einstich geschieht entweder in der Mittellinie direkt unter dem mit dem Finger der freien Hand abzutastenden Processus spinosus lumb. 3 oder 4, in der Richtung ein wenig schief nach oben abweichend; die seitliche Methode geht etwas tiefer 1 cm seitlich der Mittellinie ein; im ersteren Falle hat man den großen Vorteil, daß man direkt in der Mittellinie ohne Seitenabweichung einstechen muß, während bei dem seitlichen Eindringen die richtige Abschätzung des Winkels mehr Übung braucht; dafür muß man bei medianem Stich die härteste Stelle des die Dornfortsätze verbindenden Ligaments durchbohren, was gelegentlich eine Knochenresistenz vortäuschen kann. Häufig fährt man beim Einstich zu tief; ein langsames Zurückziehen der Nadel genügt dann, um den scheinbar nicht erreichten Liquor abfließen zu lassen.

Man entleert bei rein diagnostischer Punktion 6 bis 10 ccm; bei Paralysen kann man meist ohne unangenehme Folgen auch etwas höher gehen.

Will man den Druck des Liquors messen, so muß man das natürlich zuerst und in Seitenlage des Kranken machen; man setzt an die Nadel ein ausgekochtes Schläuchchen dünnen Kalibers mit einem Glasansatz an, hebt es, solange die Flüssigkeit im Glasansatz steigt, mißt dann die Höhe von der Punktionsstelle mit einem nebengehaltenen Maßstab. Die Höhe beim Normalen schwankt zwischen 90 bis 140 mm H_2O. Nach der Punktion soll der Patient 24 Stunden in ungefähr horizontaler Lage im Bett sein. Zeigen sich, wie bisweilen vorkommt, leichte Temperaturerhöhungen oder Kopfweh oder eingenommenen Kopf, so bleibt er zwei oder mehrere Tage liegen und nimmt eventuell etwas Pyramidon (0,2 bis 0,3 pro Dosi).

Der Liquor beim Gesunden ist klar und farblos; Blutbeimischungen infolge der Punktion setzen sich beim Stehenlassen rasch ab (zur Wassermannreaktion sind bluthaltige Sera natürlich unbrauchbar). Die Zählung der zelligen Elemente des Liquors muß möglichst rasch erfolgen, da sie sonst sedimentieren; es geschieht am besten in

von FUCHS-ROSENTHAL modifizierten Blutzählkammer, die statt 0,1 mm 0,2 mm Tiefe 1at; als Farbstoff dient z. B. Methylviolett 0,2, Acid. acet. glac. 1,0, Aq. dest. 50,0. Die normale Zahl ist 0 bis 5 Zellen im cmm; 6 bis 10 ist verdächtig; was darüber ist, cann zum Pathologischen gezählt werden. Eine Psychose mit Vermehrung der Zellen st gewöhnlich Paralyse. — Will man die einzelnen Zellformen differenzieren, so färbt nan am besten nach den bekannten Methoden ein Zentrifugat. Plasmazellen deuten bei Psychosen meist auf Paralyse. — Noch wichtiger ist meist die Wassermannsche Reaktion des Serums, wobei oft die Auswertung mit verschiedenen Liquordosen nötig ist. Bei Paralyse ist die Reaktion gewöhnlich stark, bei Lues des Zentralnervensystems häufig chwächer. — Chemisch ist die NONNEsche „Phase I" von Bedeutung: Man überschichtet a. 1 bis 2 ccm des Liquors mit ebensoviel gesättigter wässeriger Ammoniumsulfatlösung ohne Erwärmen: bei der Mischstelle tritt gewöhnlich bei zentralen syphilogenen Erkrankungen eine Trübung oder wenigstens Opaleszenz auf, die vermehrte Globulin- (und Nucein-)Anwesenheit nachweist. Kocht man nun, so fallen auch die übrigen Eiweißstoffe us (NONNE „Phase II"); letztere Untersuchung macht man aber besser mit den von NISSL angegebenen graduierten Gläschen, in denen man 2 ccm des frischen Liquors mit ccm gewöhnlichem Esbachschem Reagens versetzt und dann eine halbe bis dreiviertel tunden zentrifugiert; am Boden des Gläschens sammelt sich der Niederschlag und kann bgelesen werden; der normale Liquor enthält kaum über 0,2 bis 0,35 $^0/_{00}$ Eiweiß; bei pathologischen Zuständen tritt oft Vermehrung auf das zwei- oder mehrfache auf.

Phase I ist regelmäßig positiv (Opaleszenz) bei Paralyse, angeborener Syphilis, bei xtramedullärem Tumor, wenig seltener bei Tabes und anderen Luesformen des Zentralervensystems, nur in einem Teil der Fälle bei Hirnabszeß und anderen Krankheiten im Gehirn, Rückenmark und seinen Häuten.

VI. Die Dementia paralytica.

Die Dementia paralytica, vulgär fälschlicherweise Hirnerweichung und in der Wissenschaft kurz Paralyse genannt, ist eine metasyphilitische[1]) Hirnkrankheit mit den allgemeinen Symptomen der organischen Psychosen und eigentümlichen körperlichen Erscheinungen; sie läuft meist in wenigen Jahren ab und führt zum Tode.

Außer den oben (S. 226 f.) angegebenen psychischen Eigentümlichkeiten, die die Paralyse von den anderen organischen Psychosen abgrenzen, sind noch andere vorhanden; aber es ist bis jetzt noch nicht gelungen, sie klar herauszuheben, und noch weniger, sie zu formulieren.

Klare spezifische Zeichen sind dagegen die körperlichen Symptome der Paralyse. In gleicher Weise wie bei Tabes finden wir reflektorische Pupillenstarre (Argyll-Robertson); d. h. die Pupillen reagieren langsam und unausgiebig oder gar nicht auf Licht, während die Reaktion bei der Akkomodation länger oder besser erhalten zu sein pflegt. Die Pupillen sind häufig ungleich, abnorm weit oder abnorm eng und nicht selten in ihrer Form verändert. Auch die psychische Pupillenreaktion (auf Schmerz, geistige Anstrengung) leidet, aber ohne daß diese Störungen in einem regelmäßigen Verhältnis zu der reflektorischen Starre oder zum Stadium der Krankheit stehen.

Die übrigen Reflexe haben nichts Charakteristisches; natürlich sind die Sehnenreflexe bei einfacher Paralyse, die die Kontrolle durch das Großhirn herabsetzt, erhöht, bei Komplikation mit Tabes, d. h. Unterbrechung des peripher-spinalen Reflexbogens, fehlen sie wenigstens an den untern Extremitäten.

In auffallender Weise leidet die Koordination des Muskelspiels, das sich am ausgesprochensten in den feinen Abmessungen der Sprach-

[1]) Nach MOEBIUS. Man spricht mit FOURNIER auch von Parasyphilis.



Abb. 3. Typisches schlaffes Paralytikergesicht. Es ist wie wenn die mimische Modellierung durch zu starke Retusche ausgelöscht wäre, während die Augen affektives Leben verraten. Deckt man die Augen, so sieht das Gesicht aus wie das eines Schlafenden. Ungleiche Nasolabialfalten.

bewegungen fühlbar macht. Die einzelnen Laute werden schlecht formiert, die aufeinander folgenden ineinander „verschmiert", der Kranke bleibt an den Semivokalen hängen, Laute und Silben werden ausgelassen, wiederholt oder versetzt („Silbenstolpern") und gelegentlich wird das Wort in seinen Lautbestandteilen verändert[1]). Natürlich addieren sich dazu psychische Störungen, in dem Unaufmerksamkeit und Merkfähigkeitsschwäche oder amnestische Schwierigkeiten das Nachsprechen wie das spontane Sprechen erschweren. Leicht, namentlich in späteren Stadien, wird die Stimme zittrig, eintönig, zuletzt pflegt die Sprache langsam, lallend, kaum verständlich zu sein.

In vielen Fällen sinkt der Tonus der mimischen Muskulatur, die Nasolabialfalten erscheinen verstrichen (oft auf einer Seite stärker), die feineren mimischen Bewegungen verlieren sich. Dadurch bekommt das Gesicht einen schlappen und blöden Ausdruck, an dem man in den Anstalten oft gleich den Paralytiker erkennt. Schon früher sieht man manchmal Zuckungen einzelner Bündel der Gesichtsmuskeln („Wetterleuchten").

Oft wird die Zunge unsicher herausgestreckt und zeigt Zuckungen einzelner Muskelbündel.

Die Schrift wird in analoger Weise verändert wie die Sprache. Abgesehen von dem häufig vorhandenen groben und unregelmäßigen Tremor der organischen Hirnaffektion kom-



Abb. 4. Paralytiker. Trotz krampfhafter Pose, die sich in den Stirnfalten und den Augen ausdrückt, bleibt der untere Teil des Gesichtes von den Augen an schlaff.

[1]) ZIEHEN spricht von „häsitierender" Sprache. Es ist ja richtig, daß die Paralytiker langsam reden, sobald die Koordination ihnen ernstliche Schwierigkeiten macht; aber man sollte den Ausdruck auf die ganz andersartige epileptische Sprachstörung beschränken, für die er besser paßt.

men die Züge nicht dahin, wo sie sollten; die Buchstaben werden in Größe und Lage abnorm, ungleich; Bögen erhalten Ecken usw.; der Druck wird unregelmäßig; dazu kommen psychische Schwierigkeiten: Auslassungen, Wiederholungen, Versetzungen von Buchstaben, Silben und Wörtern, Verschmieren, falsche Korrekturen, unrichtige Syntax, das Ende paßt nicht zum Anfang des Satzes, und schließlich wird nur noch ein unleserliches Gekritzel produziert.

Die Gehstörung wird meist etwas später deutlich, wenn nicht Tabes mit ihren charakteristischen Zeichen der Psychose vorangeht. Der Fuß verfehlt das Ziel, bald nach vorn, bald nach hinten oder nach den Seiten abweichend. So wird der Gang unregelmäßig, schwankend, breitbeinig, zugleich kraftlos und in gewisser Beziehung spastisch (nicht aber im Sinne der spastischen Spinalparalyse mit ihrer Schwierigkeit, die Fußspitze vom Boden zu lösen). Ungleichheit beider Seiten, „Hängen" des ganzen Körpers nach links oder rechts ist nicht selten. In den letzten Stadien ist Gehen überhaupt unmöglich.

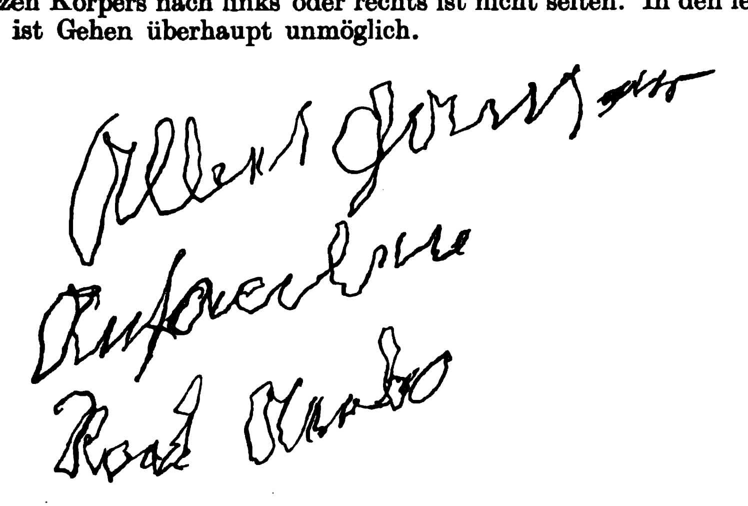


Abb. 5. **Paralyse.** Paralytische Schrift. Die Koordinationsstörung ist besonders deutlich im *A* und im *R*, von denen das eine unten eine Spitze, das zweite eine Gerade statt des Bogens bietet. Daneben Andeutungen von hier ziemlich feinem Zittern. „*er*" am Ende des zweiten Wortes ist zu klein, fällt aus der Richtung. Trotzdem es sich um Bleistiftzüge handelt, sieht man Unregelmäßigkeiten im Druck. Psychisch: in „*Albert*" fehlt das *r*, auf dem *u* der Bogen. Daß die letzten drei Worte nicht mehr lesbar sind, ist Defekt der Psyche und der Koordination zusammen. Daß die Schrift immer schlechter wird, bedeutet die rasche Ermüdung („der Aufmerksamkeit").

Nach und nach kommt die ganze Körpermuskulatur in den Zustand hochgradiger spastischer Lähmung; der Kranke wird vollständig hilflos. Auch die glatte Muskulatur ist affiziert; das Schlingen wird erschwert und unmöglich; der Darm bringt seinen Inhalt nicht mehr vorwärts; noch häufiger besteht Incontinentia alvi et urinae, letztere oft zugleich mit Blasenlähmung.

Das Blut zeigt meistens, der Liquor cerebrospinalis fast immer positiven Wassermann. Die Zerebrospinalflüssigkeit steht unter verstärktem Druck, wird, weil globulinhaltig, durch Zusatz von gleicher Quantität gesättigter Ammoniumsulfatlösung getrübt (NONNE, Phase I), enthält auch abnorm viel Albumine (Nisslsche Reaktion mit Eßbach-

schem Reagens) und ist ausnahmslos hyperleukozytotisch, wobei namentlich das Vorkommen von Plasmazellen (und eventuell Abbauzellen) wichtig für die spezielle Diagnose sein soll. Man kann annehmen, daß über zehn Leukozyten im Kubikmillimeter pathologisch sind, wenn auch diese Grenze bei ganz Gesunden selten erreicht wird. Bei der Paralyse kann die Zahl auf mehrere hundert steigen.

Die genannten körperlichen Symptome müssen zu den Grundsymptomen der Paralyse gerechnet werden, wenn sie auch (in sehr seltenen Fällen) während des ganzen Verlaufes nur undeutlich ausgesprochen sein mögen. Sie stehen weder zeitlich noch in bezug auf ihre Intensität in einer bestimmten Korrelation zu den psychischen Defekten und können vor oder nach diesen auftreten. Man findet die Koordinationsstörung nicht selten nachträglich in früheren Schriftstücken des Patienten, und namentlich die Pupillenstörungen können Jahre vor dem Ausbruch manifest werden, aber auch bei flagranter Psychose fehlen.

Von den akzessorischen körperlichen Symptomen sind am häufigsten die paralytischen Anfälle. Sie sehen denen bei anderen groben Hirnkrankheiten ähnlich: meist, aber nicht immer, treten sie plötzlich auf; das Bewußtsein schwindet gewöhnlich, und nun kommen Zuckungen, teils allgemeine, teils irgendwie lokalisierte, auch etwa solche mit JACKSONschem Typus. (Kein „Umsichschlagen", wie so oft bei epileptiformen Anfällen.) Sie können Sekunden bis Tage dauern, wobei oft das Bewußtsein wieder eintritt, bevor die Zuckungen aufhören.

Neben diesen, für grobe Hirnläsionen überhaupt charakteristischen Anfällen kommen bloße Ohnmachten, epileptiforme und apoplektiforme Anfälle vor. Nach den letzteren können halbseitige oder monoplegische Lähmungen zurückbleiben, die meist spastischen Charakter haben und nicht auf auffindbaren anatomischen Läsionen zu beruhen brauchen, auch wenn sie sich, was die Ausnahme ist, nicht mehr ausgleichen. — Abnorme Zustände der Wärmezentren führen zu plötzlichen Fieberanfällen von stunden- bis tagelanger Dauer.

Abgesehen von den Knochenentkalkungen kommen verschiedene Arten von trophischen Störungen vor. Der Dekubitus läßt sich im letzten Stadium manchmal nicht vermeiden, nicht nur wegen der Lähmungen und der Unreinlichkeit, sondern wegen der veränderten Trophik. Auch Othämatom kann ohne gewaltsame Einwirkung entstehen.

Das Körpergewicht steht stark unter dem Einfluß der Krankheit; die euphorischen Formen sind meist sehr wohlgenährt, manchmal bis zum Tode; gewöhnlich aber tritt im letzten Stadium Marasmus ein. Andere Fälle sind von vornherein marastisch.

Der Appetit ist, in der Regel je nach der herrschenden Dauerstimmung, sehr stark bis null; eine unsinnige Gefräßigkeit besteht oft namentlich im Verblödungsstadium der manischen Form.

Der Schlaf ist sehr verschieden; in allen Aufregungszuständen natürlich sehr spärlich, in den ruhigen Stadien vor der stärkeren Verblödung meist normal, im letzten Stadium sind die Nächte leicht unruhig. Schlafsucht ist viel seltener.

Die Sexualität ist gewöhnlich alteriert; im Anfang der manischen Formen ist die Libido meist gesteigert, später schwindet zuerst die Potenz, dann auch der Trieb; dazwischen besteht oft eine Zeit starker

Libido und Potenz, wobei es aber stundenlang nicht zur Ejakulation kommt, bei der Rücksichtslosigkeit der Kranken eine sehr unangenehme Erscheinung. In den anderen Formen überwiegt Schwäche des Triebes und der Potenz.

Wie die Tabes ist die Paralyse auch zuweilen von Optikusatrophie begleitet, die indes funktionell auffallend stark schwanken kann, d. h. das Gesicht wird im Verlaufe von Monaten schlechter und besser; volle Blindheit ist eine Ausnahme. Auch (meist vorübergehende) Lähmungen einzelner Augenmuskeln sind nicht so selten (namentlich im Vorstadium), definitive Degenerationen einzelner Körpernerven können vorkommen.

Sensorische Symptome in Form von Kopfweh, gewöhnlicher und „ophthalmischer" Migräne und anderen Parästhesien sind nicht selten und stehen namentlich im Vorläuferstadium, wo sie als Neuritiden und Rheumatismen aufgefaßt werden, manchmal im Vordergrund. Diagnostisch wichtig ist die sehr häufige Hypalgesie oder Analgesie, die meist nur die Haut betrifft.

Unter den psychischen akzessorischen Symptomen beherrschen endogene affektive Schwankungen manischen und melancholischen Charakters so häufig das äußere Bild, daß man sie zur Charakterisierung von Untergruppen benutzt hat.

Halluzinationen (fast nur des Gesichts und Gehörs) spielen keine große Rolle; die meisten Fälle verlaufen ohne solche. Nur selten stehen Sinnestäuschungen andauernd im Vordergrund.

Wahnideen dagegen sind häufig und stehen meist im Zusammenhang mit den Affektverschiebungen. Sie sind lange nicht so fixiert wie in paranoiden Zuständen und wechseln besonders in den manischen Formen an Ausdehnung und Intensität mit der Stärke der Affektschwankung und der Schwäche des Urteils, steigern sich auch durch Beschäftigung mit ihnen: Der Kranke besitzt zwanzig Pferde; sobald er sich das vorgestellt hat, ist es ihm zu wenig und er besitzt hundert, dann zweihundert usw. Auch kann man Wahnideen durch Bemerkungen hervorrufen oder modifizieren: Man frägt den Kranken, ob er denn beim Militär keinen Rang bekleidet habe, da wird er leicht zum General. Sie sind unsinnig, teils durch enorme Übertreibungen, teils qualitativ: Ein Paralytiker will reich werden durch Kauf eines Hauses mit 70000 Mark Schulden, das 1600 Mark Zinsen abwirft, eine Million verdienen mit einer Rutschbahn: „Eintritt nebst einer Flasche feinen Weines 2 Fr."

In einzelnen Fällen beobachtet man grobe Herdsymptome, beliebig umschriebene Lähmungen mit zerebralem Typus (Fazialisungleichheit ist sehr häufig), aphasische und apraktische Störungen u. dgl. In späteren Stadien treten manchmal Reizerscheinungen wie Schmatzen, Zähneknirschen und andere krampfartige, mehr oder weniger koordinierte Bewegungen auf.

Es kommen auch, namentlich im letzten Stadium, Symptome vor, die äußerlich den katatonen gleich sehen und noch nicht recht von ihnen zu trennen sind, Erscheinungen, die man als Verbigeration, Stereotypien, Echopraxien zu bezeichnen geneigt ist.

Verlauf. Die Paralyse führt in der Regel innerhalb einiger Jahre zum Tode. Die wenigen sogenannten Heilungen, die in der Literatur angeführt werden, sind zweifelhaft (falsche Diagnosen? lange Remis-

sionen?). In seltenen Ausnahmsfällen kann eine Remission ein Jahrzehnt oder noch länger dauern, und auch ohne deutliche Remission kann einmal ein Fall sich viele Jahre hinziehen; aber das ist so selten, daß man nicht damit rechnet. Die galoppierende Form kann in achttägiger Aufregung zum Tode führen.

Der Beginn ist wohl immer ein schleichender, und zwar auch da, wo ein akuter Anfall erst die Krankheit für die Umgebung manifest macht. Sowohl Pupillenstörungen als auch Charakterveränderungen lassen sich in manchen Fällen ein Jahrzehnt vor dem eigentlichen Ausbruch nachweisen, und neurasthenieartige Symptome können einige Jahre lang ausschließlich die schwere Krankheit markieren.

Ist die Paralyse aber einmal sichtbar, so können weitgehende Remissionen eine Heilung vortäuschen (fast nie bei der einfach dementen Form).

Die verschiedenen Erscheinungen können in ganz unregelmäßiger Reihenfolge auftreten. Im Prodromalstadium, d. h. bevor man die Krankheit erkennt, sind Pupillen- und Schreibstörungen und Charakterveränderungen am häufigsten. Ein neurasthenisches Symptom, ein paralytischer Anfall oder ein anderes körperliches Zeichen kann ebensogut die Szene eröffnen wie ein ausgesprochenes psychisches Syndrom, z. B. eine unsinnige oder verbrecherische Handlung. Auch für die späteren Stadien lassen sich keine Regeln aufstellen, außer etwa, daß die Aufregungen bei starker Verblödung natürlich leicht den Charakter der Verwirrtheit bekommen.

Als häufigste Frühsymptome sind zu erwähnen die Pupillenstörungen und bei Komplikation mit Tabes das Fehlen der Patellarreflexe, dann die Reizbarkeit, Ängstlichkeit, übertriebene Unternehmungslust oder umgekehrt ungewohnte Willensschwäche, Schwindelanfälle, Ohnmachten, vorübergehendes Doppeltsehen, Versagen der Sprache, Schlafstörungen und namentlich auch das neurasthenische Syndrom.

Das letzte Stadium ist in den verschiedenen Formen im wesentlichen gleich; unwesentliche Unterschiede schaffen die Affektivität (euphorisch in den meisten Fällen, depressiv oder gleichgültig in anderen) und das Bestehen resp. Fehlen von erethischen Zuständen (s. unten die einzelnen Krankheitsbilder).

Der Tod erfolgt in den unkomplizierten Fällen an Marasmus mit und ohne Pneumonie. Blasenlähmung und Dekubitus geben Anlaß zu Infektionen aller Art, die Lähmung der Schluck- und Respirationsmuskeln zu Pneumonie und Erstickung. Auch paralytische Anfälle können tödlich verlaufen. Manche Patienten verunglücken infolge ihrer motorischen oder psychischen Unbeholfenheit; in den depressiven Formen, seltener in einfachen, kommt Selbstmord vor.

Die Dauer der Paralyse ist schwer zu bestimmen. Je besser die Anamnese ist, um so weiter kann man sie meist zurückdatieren, nicht so selten bis auf ein Dezennium vor dem manifesten Ausbruch. Von diesem an dauert die Krankheit im Durchschnitt um drei Jahre herum, am kürzesten bei der agitierten Form, dann kommt die depressive, dann die einfache und am längsten dauert die manische Paralyse. Bei allen Arten außer der agitierten können sich einzelne Fälle sehr lange hinziehen, das bis jetzt beobachtete Maximum ist 32 Jahre.

Gruppierung. Um die verschiedenen klinischen Bilder der Para

lyse zu schildern, hat man zunächst vier Haupttypen herausgehoben, in die sich die meisten Fälle einreihen lassen. Doch gibt es fortlaufende Übergänge von einer Form zur andern. Der einzelne Fall bleibt indessen gewöhnlich, nicht ausnahmslos, innerhalb des einmal angenommenen Typus.

1. Der einfach dementen Form fehlen stärkere Exaltationen und Depressionen, Wahnideen und Verwirrtheitszustände. Sie weist dagegen neben der typischen organischen Verblödung in der Regel die verschiedenen körperlichen Symptome, namentlich auch Anfälle, auf. Aus selbstverständlichen Gründen wird sie gewöhnlich recht spät erkannt. Die Kranken fangen einfach an, in ihrer Tätigkeit zu versagen — je einfacher diese ist, um so später — werden dann immer blödsinniger und ungeschickter und schwächer.

2. Die manische oder expansive, auch klassisch genannte Form (weil man sie zuerst erkannte — der Ausdruck Megalomanie war in verschiedenen Ländern gleichbedeutend mit Paralyse) wird oft durch einen ganz akuten manischen Anfall mit höchstem Glücks- und Kraftgefühl, Ideenflucht, enormem Betätigungsdrang manifest, in dem der unsinnigste Größenwahn die tiefe Intelligenzstörung verrät. Der Kranke ist nicht nur Gott, sondern womöglich Obergott, besitzt Trilliarden, führt mit Millionen Schiffen so groß wie der Genfersee beständig Diamanten von Indien in sein Haus, macht Jagden auf dem Mond, hat ein Fahrrad erfunden, mit dem man in drei Minuten durch Länder und Meere um die Erde herumfahren kann usw. Er ist General, salutiert auf der Bahn alle Leute; wer den Gruß nicht erwidert, den will er erschießen lassen. Paralytische Frauen sind die schönsten, die je auf der Welt waren, alle Menschen sind ihre direkten Kinder, die der liebe Gott jede Sekunde aus ihrem Schoße herausholt. Nicht immer reicht die Phantasie so weit, und in späteren Stadien der Verblödung ersetzt manchmal die Schätzung des Besitzes seine Größe: Der Patient blagiert, daß er monatlich 5 bis 6 Schweine schlachte; er vermag einen halben Zentner zu heben; er erzählt, daß er eine Mark geerbt oder einen schönen Hut zu Hause habe, mit der nämlichen Genugtuung, wie wenn er Besitzer der Welt wäre.

Größenwahn und Aktivitätstrieb und Kritiklosigkeit äußern sich oft zusammen in Erfindungen, die meistens ungeheuerlicher Unsinn sind. Doch kann auch einmal etwas weniger Ungeschicktes herauskommen. Ein Paralytiker hatte eine Mischung erfunden, um Zylinderhüte für einige Zeit aufzufrischen und sich damit zwei Jahre lang durchgebracht, nachdem er zu andern Arbeiten untauglich geworden. Ein anderer spekulierte auf Steigen der Baumwollpreise, während man allgemein ein Sinken erwartete, und gewann fast eine halbe Million Franken.

Die klassische Form der Dementia paralytica scheint in den oberen Ständen relativ häufig zu sein; sonst kennen wir nichts, was für eine bestimmte Form prädestinierte.

3. Die melancholische oder depressive Form beginnt meistens weniger akut, auch sind die Schwankungen seltener so groß; die Kranken kommen aus ihrer Depression meist nicht mehr heraus. Die Wahnideen sind ebenso unsinnig, aber in Form von Verarmungs-, Versündigungs- und namentlich hypochondrischen und nihilistischen Ideen.

4. Die ziemlich seltene agitierte Form wird verschieden begrenzt. Ich möchte nur diejenigen Fälle dazu zählen, bei denen eine heftige

motorische Erregung mit Verwirrtheit und Verkennung der Umgebung ohne manischen Zustand besteht; dabei kommen regelmäßig Halluzinationen und Illusionen des Gehörs und Gesichts vor. Ferner treten oft hinzu gröbere zerebrale Reizerscheinungen, Zähneknirschen, krampfartige Bewegungen, später Flockenlesen. Die Krankheit verläuft also ungefähr nach dem Bilde des alten „Delirium acutum"; die Patienten erschöpfen sich nach einer bis mehreren Wochen und gehen deshalb meistens im ersten Anfall zugrunde. In leichteren Fällen schleppt sich die Krankheit monatelang hin, und in ganz leichten mögen auch Remissionen vorkommen.

Andere nennen agitiert auch etwas rasch unter großer Erregung zum Erschöpfungstod führende manische Paralysen, die der Stärke des Krankheitsprozesses entsprechend mehr Verwirrung und Agitation als Manie und Beschäftigungsdrang zeigen. Aus beiden Formen werden diejenigen, die sehr rasch (in ein bis mehreren Wochen) zum Tode verlaufen, als galoppierende Paralyse herausgehoben.

Von Nebenformen wären zu erwähnen die zyklische, bei der manische und melancholische Zustände mit oder ohne Zwischenzeiten indifferenter Stimmung eine Zeitlang miteinander abwechseln. Sie ist recht selten.

Häufig dagegen ist eine Zwischenform zwischen der manischen und der einfachen Paralyse, die euphorische, wobei die Stimmung zwar dauernd gehoben ist und meist auch einige Größenideen produziert werden, aber eine Steigerung bis zum manischen Zustand ausbleibt.

Zu der depressiven Form, manchmal auch zu der einfachen, kann man die häufigen Formen zählen, die ein lange dauerndes Vorstadium haben, das der Neurasthenie ähnlich sieht und sehr häufig mit derselben verwechselt wird. Bleiben die nervösen Symptome dauernd im Vordergrund, so spricht man mitunter von neurasthenischer Paralyse.

Selten begegnet man einer paranoiden Form, die einige Jahre lang als Paranoia imponieren und dann erst den gewöhnlichen Verlauf nehmen kann. Das Bild kann auch durch depressive Stimmung und entsprechende Wahnideen kompliziert werden.

Tabesparalyse wird die ziemlich häufige Verbindung von Paralyse mit Tabes genannt; sie soll auch in der ganzen Kombination der paralytischen Symptome etwas Besonderes haben, namentlich oft langsam und mit wenig ausgesprochenen eigentlich paralytischen Erscheinungen verlaufen.

Man hat auch eine katatoniforme Abart herausgehoben, mußte es aber bis jetzt offen lassen, worauf das Hinzukommen katatoner oder kataton erscheinender Symptome beruht (Auftreten der Paralyse auf einer Schizophrenie oder schizophrener Disposition?).

Manche Fälle, die sich im übrigen verschieden verhalten, neigen zu Wochen bis Jahre andauerndem Stupor. Hier läßt sich dann und wann, aber nicht immer eine Komplikation mit vorher bestehender Schizophrenie nachweisen.

Krankheitsbild der manischen Form. In einzelnen aber seltenen Fällen gehen Occulomotoriuslähmungen, reflektorische Pupillenstarre, Abschwächung der Sehnenreflexe dem akuten Ausbruch jahrelang voraus. Die Augenlähmung wird meist unter antisyphilitischer Behandlung wieder beseitigt; die andern Symptome bessern sich seltener. Nur folgt in diesen Fällen gewöhnlich eine Pause von einigen Jahren, nach der der eigentliche Beginn sich nicht von dem folgenden gewöhnlichen Schema unterscheidet.

Ein körperlich und geistig robuster Mann beginnt dann und wann über „nervöse" Symptome zu klagen: etwas Kopfweh oder Kopfdruck oder Müdigkeit, sei es allgemeine, sei es lokalisierte, z. B. in den Augen; er schläft unregelmäßig. Man findet das natürlich, schreibt es seiner

nstrengenden Tätigkeit zu. Kuren scheinen manchmal vorübergehende, nanchmal gar keine Besserung zu bringen; beim Übersehen längerer eiträume würde man finden, daß der unbehagliche Zustand eher zu-, ie Leistungsfähigkeit aber abnimmt. Manchmal sind Topalgien oder gendwelche andere Schmerzen, die als nervöse oder rheumatische aufefaßt und behandelt werden, im Vordergrund.

Zugleich, oder auch einige Jahre früher, beginnt in vielen Fällen ine ganz allmähliche Charakterveränderung, die so schleichend ist, daß ie meist übersehen wird. Der besorgte Familienvater erscheint da und ort in einer einzelnen Handlung egoistisch oder nachlässig, macht ielleicht einmal gegen seine bisherige Natur ein unvorsichtiges Geschäft der mag einmal ohne genügenden Grund nicht an die Arbeit gehen. in tüchtiger Landarzt gibt seine Praxis auf, will Chirurg werden und eht als Assistent an eine Klinik, scheitert aber trotz sonstiger guter igenschaften daran, daß er die Asepsis nicht genügend beherrschen lernt. un kauft er sich ein zweites Haus und richtet es als Sanatorium ein, as einige Jahre gut geht. Ein anderer Arzt fängt feurig und mit roßartigem Erfolg an, Abstinenzpropaganda zu treiben, baut sich ein laus zur Aufnahme von Patienten, was ebenfalls prosperiert, verläßt ber dann alles, um Leiter einer genossenschaftlichen Privatanstalt nit zweifelhafter Zukunft zu werden. Beide Ärzte erkranken nach inigen Jahren an ausgesprochener Paralyse.

Später werden intellektuelle Störungen deutlicher, wenn sie auch m Vorstadium selten auffallen und noch seltener als krankhaft betrachtet rerden. Der Arzt, der die fremde Anstalt übernahm, rechnete einmal n allem Ernst aus, er brauche seinen Patienten nur einen doppelt so ngen Aufenthalt vorzuschreiben, dann werde er doppelt so viel Inassen haben, und das mehrere Jahre vor Manifestwerden der Krankeit; nachher war er noch fähig, an einer Klinik sich in die Psychiatrie inzuarbeiten und eine blühende Stadtpraxis zu gründen.

Intelligenten Angehörigen wird am ehesten bewußt die zunehmende abilität der Gefühle, bald im Sinne der Reizbarkeit, bald mehr in dem es sanguinischen Temperamentes mit Gefühlsduselei nach oben und nten. Kurz vor dem Ausbruch fallen oft auch Verstöße gegen die Moral uf; der Patient fängt beim Spiel an zu mogeln, oder er wird sexuell nstößig oder begeht Verbrechen.

Man hat Gründe anzunehmen, daß solche Prodrome in keinem Falle ehlen; beachtet werden sie aber gar nicht immer. Wie ein Blitz aus eiterm Himmel überrascht meistens die akute Manifestaion die Familie.

Innerhalb weniger Wochen, oft sogar innerhalb weniger Tage erreicht in manischer Zustand die Höhe mit Ideenflucht, gehobener Stimmung, nermüdlichem Beschäftigungsdrang, blühendem Größenwahn. Der atient fühlt sich zu allem fähig, unternimmt unsinnige Geschäfte, nacht Erfindungen, verlobt sich mit drei Damen zugleich, für die er rei gleiche mit Brillanten besetzte Blumenbroschen machen läßt, um ie am gleichen Tage allen dreien zu schicken. Wer ihm widerstrebt, rird brutal als Feind behandelt; es kommt zu lärmenden Szenen, zu erletzung der Ordnung und Schicklichkeit, und so wird nun der Kranke asch in die Anstalt gebracht. Hier findet man oft gleich zu Anfang ngedeutet oder ausgesprochen die Symptome von seiten der Sprache,

der Pupillen, der Hypalgie der Haut; die Kritiklosigkeit steigt gewöhnlich sehr rasch; der Kranke ist Gott, Kaiser, Papst, wirft mit Millionen um sich. Ein Dozent der Chemie hatte die vierte Dimension entdeckt: „rechts — links, zwei Dimensionen, vorn — hinten, wieder zwei, macht vier; merkwürdig, daß die Welt auf mich warten mußte, dieses Kolumbusei zu finden."

Tag und Nacht sind solche Kranke unruhig, zerreißen, poltern, singen, schimpfen.

Nach einigen Monaten klingt der manische Zustand allmählich ab und macht einer ruhigen Euphorie Platz. Auch die körperlichen Symptome können zurückgehen, in seltenen Fällen bis zum völligen Verschwinden. Der Kranke hält sich nun für gesund, hat eine gewisse Einsicht in seine Aufregungen, korrigiert auch die schlimmsten Wahnideen, hält aber den Anfall für nicht so arg oder für die selbstverständliche Folge der Einsperrung usw. In einzelnen Fällen, die als Raritäten beschrieben werden, kann er wieder für einige Jahre volle Arbeitsfähigkeit erlangen. Gewöhnlich aber ist er mehr oder weniger stark reduziert, affektiv zu labil, kritiklos, kann aber dennoch bei seinen Verwandten als gesund gelten. Und hierin liegt eine große Gefahr. Hat er sein Vermögen nicht zu Beginn des Anfalles zugrunde gerichtet, so wird es jetzt gefährdet. Manchmal fällt es immerhin auf, daß er die Formen der Konvenienz unbeachtet läßt; er kann auch in einer Gesellschaft einschlafen und gleichgültig darüber hinweggehen.

Die Remission dauert meist eine größere Anzahl von Monaten; dann folgt manchmal wieder ein manischer Zustand ähnlich dem ersten, häufiger eine gelindere Aufregung mit stärkerer Verblödung. Das Spiel kann sich mehrfach wiederholen. Auch in der Zwischenzeit werden eine Anzahl von Wahnideen festgehalten und bei jedem Zusammentreffen vorgebracht: „morgen esse ich bei Kaisers"; in vielen Fällen werden solche in immer größerer Menge und immer unsinnigerer Qualität produziert, vermischt mit Erzeugnissen der Konfabulation. Dabei versuchen gebildete Kranke meist die Haltung zu bewahren; es gelingt ihnen aber nicht in allen Stücken; sie werden leicht unsauber, verlieren die Beherrschung. Mit oder ohne äußeren Anlaß kommen Aufregungen; muß der Arzt, wie so oft, dem Patienten etwas abschlagen, so verspricht dieser, ihm den Kopf abhauen zu lassen; er ruft ein Regiment, eine Milliarde Soldaten her; die schießen den Doktor und die Anstalt und die ganze Stadt zusammen. Sehr rasch aber ist er wieder freundlich und glücklich. Aufregungen von innen heraus dauern gewöhnlich länger, manchmal Wochen oder Monate.

Zwischendurch können paralytische Anfälle auftreten, von denen sich der Kranke meist wieder recht gut erholt.

Nach und nach nimmt die Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit zu; immer weniger Neues wird produziert; der Kranke wiederholt noch stereotyp seine alten Ideen; er sammelt unermüdlich allerlei Abfälle, wird nach allen Richtungen unsauber. Er wird vollständig unfähig, die Umgebung zu erfassen; er weiß nicht, wo er ist, was um ihn geschieht. Auch ohne aphasische Störungen wird es ihm schließlich unmöglich, auch nur die einfachsten Aufforderungen zu verstehen, geschweige sie zu befolgen. Die körperlichen Symptome nehmen überhand, die Sprache wird zum schwer verständlichen Lallen, die Unbeholfenheit in allen Be-

:iehungen wird stärker; immer mehr muß der Kranke im Bett gehalten verden; er kann keines seiner Bedürfnisse mehr selbst besorgen; er vird unreinlich, teils aus psychischer Sorglosigkeit, teils infolge von Lähmung der Sphinkteren oder von Inkontinentia paradoxa. Sehr leicht erschluckt er sich oder er schiebt in großer Gefräßigkeit so viel Speisen in, daß Mundhöhle und Schlund fest ausgestopft werden.

Der Ernährungszustand ist meist lange Zeit, oft bis zum Tode, in auffallend guter. In manchen Fällen tritt im letzten Stadium Marasmus ein, selten einmal erst dann starke Mästung. Ein Anfall, eine einache Hirnlähmung, Dekubitus mit Infektion, die Folgen eines Bruches er osteoporotischen Knochen, eine terminale Pneumonie, machen endlich in Ende, in der Mehrzahl der Fälle, ohne daß der Kranke zum Bewußtein seines Elendes gekommen wäre und überhaupt die Euphorie verɔren hätte.

Krankheitsbild der depressiven Form. Oft stellen die Paienten, weil sie eben ängstlich sind, die „nervösen" Symptome früh nd stark in den Vordergrund. Sie werden auch oft einige Jahre lang ls Neurastheniker behandelt. Schließlich bemerkt man doch das Veragen der einfachen psychischen Leistungen oder die paralytischen Körperymptome. Anfallsweise oder schleichend wird die Depression schlimmer, neist ist sie verbunden mit Angst. Oft bringt ein Suizidversuch den Kranken in die Anstalt. Da ist er nun entsetzlich unglücklich, hat alle ünden begangen, wird in scheußlicher Weise bestraft im Diesseits ınd im Jenseits, die Welt ist untergegangen oder hat nie bestanden, eine Eingeweide sind zerfressen, seine Glieder von Holz; „ich habe roße Beine, ich habe keine Beine mehr, ich bin ja nicht". Manche erragen dies Schicksal mit einer gewissen äußeren Ruhe und bleiben m Bett, andere laufen herum, klammern sich überall an, drängen fort, chreien unaufhörlich, bis der Tod sie erlöst.

Eintöniger ist das Bild der einfachen Paralyse. Mit oder ohne ervöse Symptome versagt der Kranke bald langsam im Verlaufe von ıehreren Jahren, bald schneller in wenigen Wochen in der Arbeit und ı seinem sozialen Verhalten. Er wird flüchtig und nachlässig, vergißt n Wirtshaus zu bezahlen oder läßt sich bedienen, ohne Geld zu haben. r wird egoistisch, unzufrieden mit den Kleidern, trotzdem er sich verachlässigt, schimpft, wenn nicht alles gerade nach seinen Wünschen t. kauft vier Regenschirme auf einmal, ohne zu wissen warum, findet ch in der Stadt nicht mehr zurecht. Die Köchin versalzt die Speisen ler vergißt sie zu salzen, gießt Petroleum an den Salat und gibt Zucker ı die Suppe; später wirft sie in eine Pfanne „untereinander, was in en Schubladen ist". Die Frau strickt Strümpfe in unsinniger Form nd Größe. Eine brachte in ihrer Rocktasche zwei Kilo Zigarrenstummel ı die Anstalt. Daneben werden allmählich die geistigen und körperchen Grundsymptome deutlich, letztere oft nach paralytischen Anillen, die hier besonders häufig scheinen. Der Kranke verwechselt rte, nennt einen Seehund eine Schlittenpartie u. dgl.

Manchmal besteht leichte Erregung. Der Beruf wird mehrfach ewechselt. Die Patienten kümmern sich wenig um Zeit und Gewohnheit, ehen z. B. mitten in der Nacht auf, um unsinnige Spaziergänge zu ıachen. Häufig kommen Exzesse in Baccho und Venere vor.

Durch Hinzukommen anderer akzessorischer Symptome entstehen

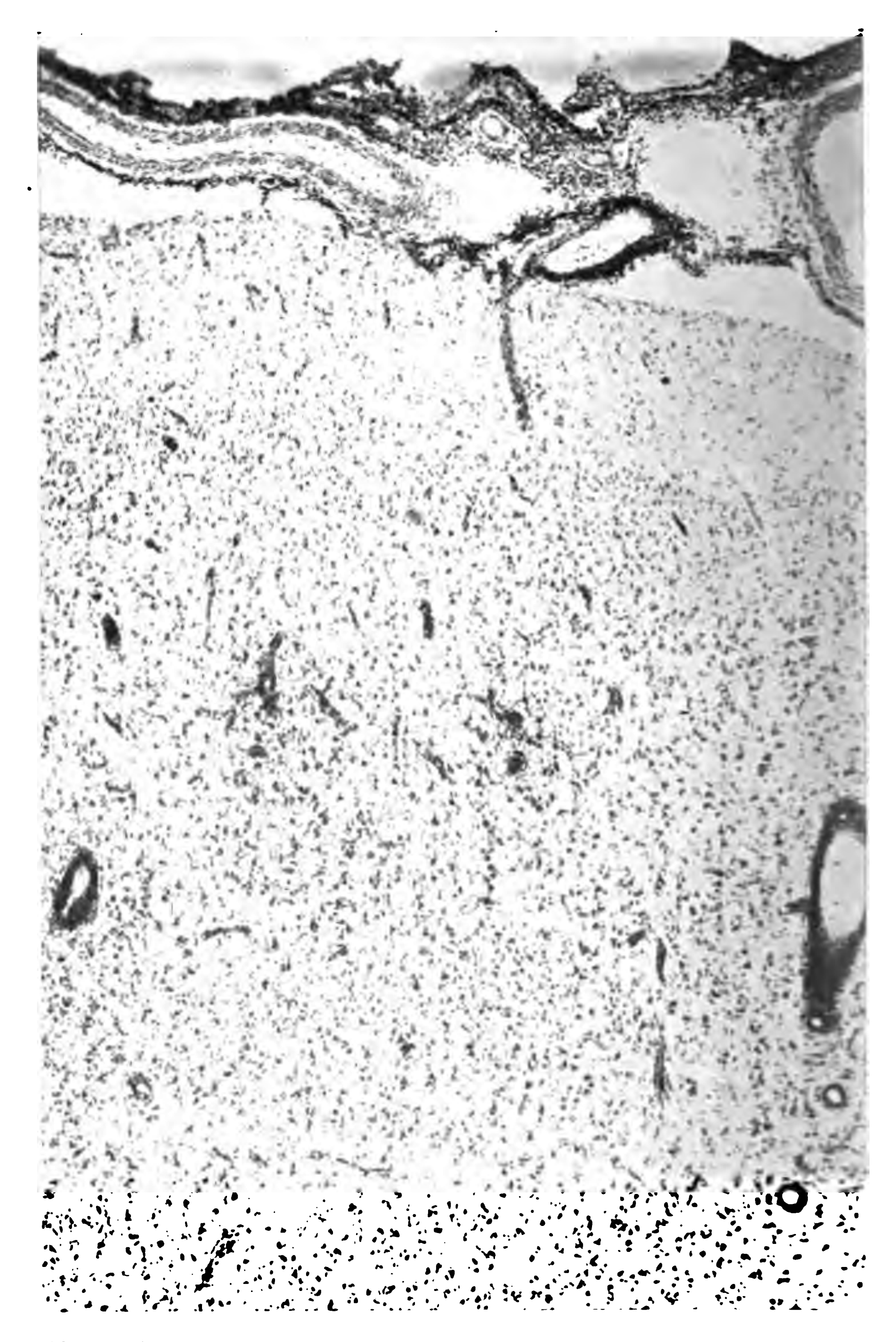


Abb. 6. Hirnrinde bei Paralyse. Zellfärbung. Störung der Schichtung. Verdickung der Pia. Vergrößerung vieler Gefäße. Kleinzellige Infiltration der Pia und der Gefäßwände.

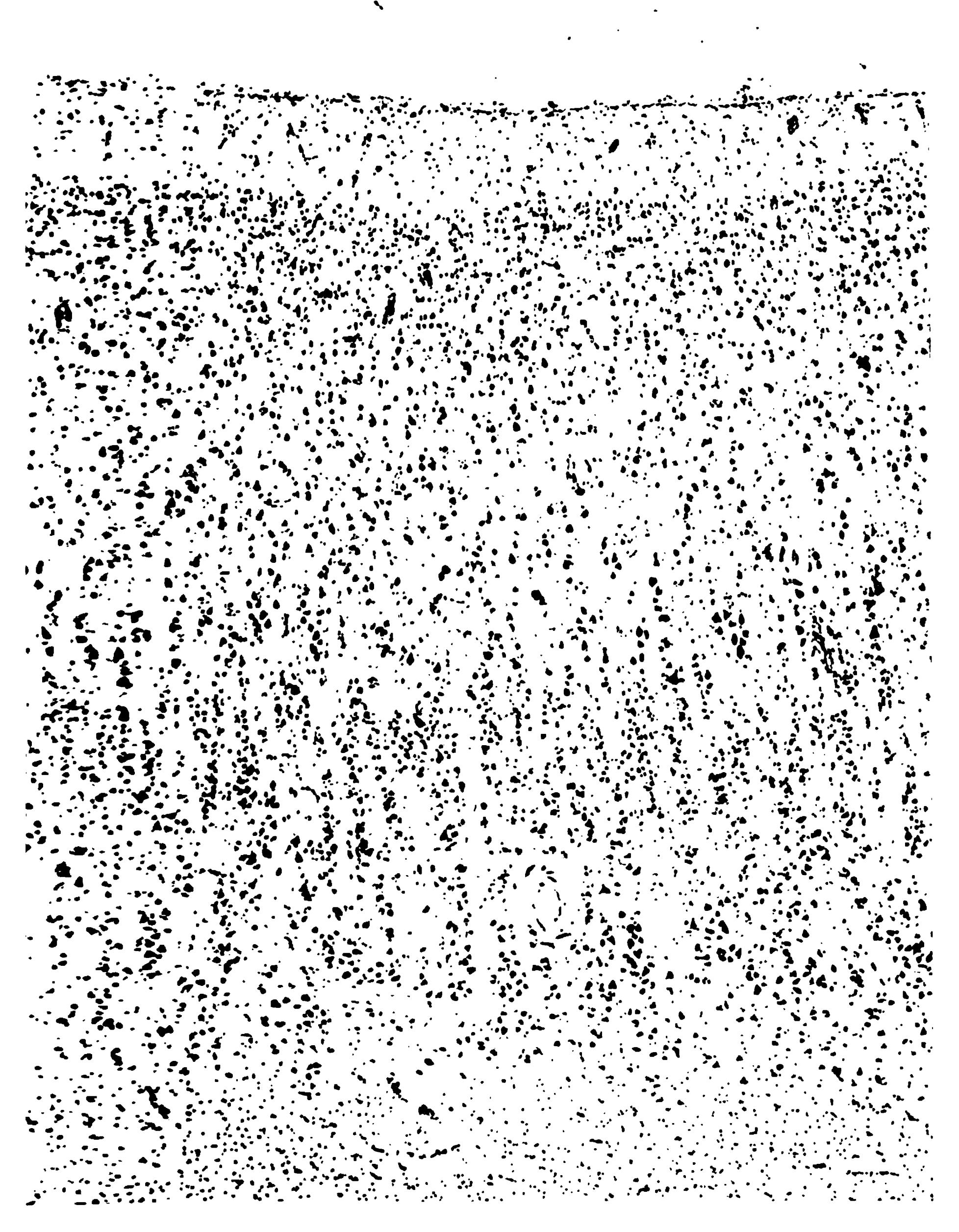


Abb. 7. Normale Hirnrinde. Zellfärbung.
(Zum Vergleich mit Abb. 6.)



Abb. 8. Paralyse. Gliose am Rand der Rinde und um ein kleineres Gefäß.

Übergänge zu den andern Paralyseformen; die euphorische Zwischenform ist schon genannt worden; einzelne sind deprimiert; namentlich sind kürzere oder länger dauernde Angstanfälle nicht selten. Andeutungen von Wahnideen entsprechend der Stimmung können hinzukommen. Der Kranke besitzt eine eigene Villa, will (im Widerspruch mit seiner herabgesetzten Leistungsfähigkeit ein großes Geschäft anfangen, oder er hat sich durch irgendeine Kleinigkeit versündigt. Nicht so selten entsteht auch unberechtigtes Mißtrauen bis zu eigentlichem Verfolgungswahn, oft unterstützt durch einige Halluzinationen.

Diese Kranken kommen meist in einem schwer reduzierten Zustande in die Anstalt; da nichts Akutes da ist, das sich wieder zurückbilden kann, sind weitgehende Remissionen hier sehr selten. Gewöhnlich fehlen solche ganz, und der geistige und körperliche Verfall tritt ziemlich rasch ein.

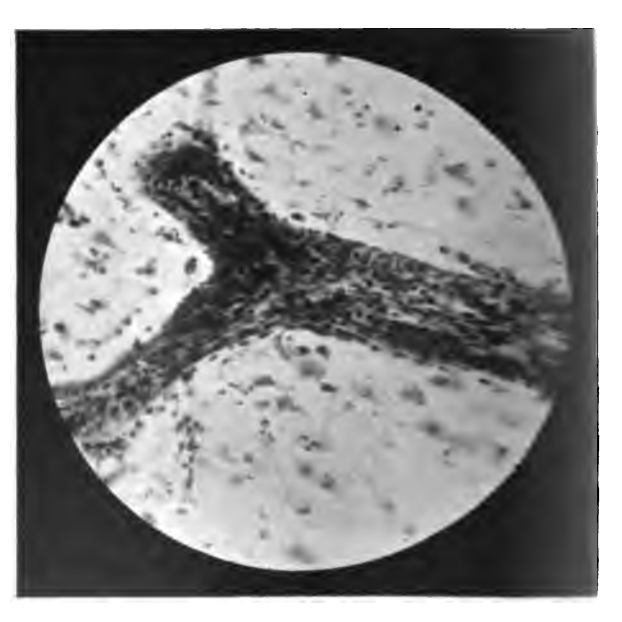


Abb. 9. Paralyse: Rundzelleninfiltration eines Rindengefäßes.

Krankheitsbild der agitierten Paralyse. Der Verlauf dieser Form sei durch einen bestimmten Fall illustriert.

Ein solider Bäcker ist seit 12 Jahren unstäter geworden, hat mit unglücklichen Erfindungen und Spekulationen sein hübsches Vermögen durchgebracht. Auf einmal wird er unruhiger, läuft viel vom Haus weg, aber allerdings unter bestimmten Ausreden, will

seinen Ofen selber nicht mehr heizen u. dgl. Einige Monate später bricht ganz plötzlich ein halluzinatorisches Delirium aus, Stimmen befehlen ihm, sich nackt auszuziehen, nur drei Bissen Nahrung bei einer Mahlzeit zu genießen, sich drei Finger abzuschneiden. In die Anstalt gebracht, macht er durcheinander, was er in die Hände bekommt, gießt die Suppe in den Teller und wieder ins Becken und wieder in den Teller, bis alles auf dem Boden ist, poltert Tag und Nacht an den Türen, zerreißt, springt herum, greift in brutaler Weise die Wärter an, verkennt die Umgebung, läßt sich in keiner Weise fixieren. Die Reden erscheinen vollständig verwirrt. Daneben hat er die körperlichen Zeichen der Paralyse. Nach ca. acht Tagen ist er ganz erschöpft, läßt sich nun (zuerst mit Hilfe von Schlafmitteln) im Bette halten, ist aber immer noch in beständiger Bewegung, die indessen rasch kraftloser und ungeordneter erscheint; und nach weiteren acht Tagen stirbt er an Erschöpfung.

Anatomischer Befund. Bei der Paralyse gehen die nervösen Elemente des Gehirns, oft auch des Rückenmarks, allmählich zugrunde und zwar in verschiedener Weise, ohne daß etwas Gemeinsames an den Zerstörungsvorgängen bekannt wäre. Die Anordnung der Ganglienzellen in Reihen und Schichten erscheint gestört. Die Glia wuchert in Zellen und Fasern und zwar so, daß diese Elemente vermehrt und vergrößert, resp. verdickt erscheinen. Durch den Grad der Vermehrung und namentlich durch die große Dickenzunahme der Elemente unterscheidet sich die Wucherung schon bei oberflächlicher Untersuchung von den Gliavermehrungen bei senilen Formen. Mitosen der Gliazellen sind nicht selten. Die Scheiden der kleineren Gefäße von Hirn und Pia (und auch anderer Organe) sind mit Rundzellen infiltriert, die meistens den Charakter von Plasmazellen haben. Dieser letztere Befund soll für Paralyse charakteristisch sein, da er nur noch bei der bei uns nicht vorkommenden Schlafkrankheit anzutreffen sei. Andere häufige Gefäßveränderungen atheromatösen und anderen degenerativen Charakters sind wohl Komplikationen. Kapillarneubildungen sind oft deutlich. Im Gewebe findet man manchmal die von Nissl beschriebenen Stäbchenzellen, „lang gestreckte, ungemein schmale, bisweilen gekrümmte Gebilde, die fast nur aus einem hellen Kern mit einigen Kernkörperchen bestehen, den der Zelleib an beiden Enden bald mehr, bald weniger überragt“. Ihre Bedeutung ist noch nicht klar. — Neulich sind von Noguтchi und anderen die Spirochäten in den Zentralorganen nachgewiesen worden.


Abb. 10. Paralyse. Plasmazellen auf der Wand einer Kapillare.

Makroskopisch ist das Gehirn verkleinert — in recht alten Fällen bis unter 1000 g, die Oberfläche hat häufig ihre ebene Beschaffenheit verloren als Zeichen eines Schrumpfungsprozesses, die Windungen sind verschmälert, die Sulci erweitert. Die weiße Substanz ist schmutzig ver-

färbt und zieht sich oft auf der Schnittfläche ein, wenn ihre stärkere Atrophie nicht durch Hirnödem verdeckt wird. Für die klinischen Herderscheinungen findet man auffallenderweise nicht immer ein anatomisches Substrat. Manchmal aber handelt es sich um die LISSAUERsche Paralyse, bei der ganz akute Schübe unter stürmischen Zerebralerscheinungen umschriebene Stellen, namentlich im Hinterhirn, befallen haben.

Der Piabefund steht nicht in einem bestimmten Verhältnis zu dem des Gehirns. Meistens aber findet man folgendes: Die Pia ist verdickt und getrübt; oft zeigt sie Verwachsungen teils mit dem Gehirn, so daß beim Schälen die oberen Schichten der Rinde mitkommen (Dekortikation), teils mit sich berührenden Blättern, so daß man in die Medianspalte oder die Fossa Sylvii nur mit dem Messer eindringen kann. Mikroskopisch findet man Vermehrung des Piagewebes, Infiltration mit Rundzellen (besonders Plasmazellen) und die nämlichen Veränderungen der kleinen Gefäße wie im Gehirn.

Nirgends trifft man so häufig Pachymeningitis hämorrhagica wie bei der Paralyse, und oft ist die Dura mit dem Schädel verwachsen. Man hat auch ein gewisses Gewicht darauf legen wollen, daß die Diploe häufig fehlt.

Das Rückenmark enthält natürlich infolge der Hirnalteration sekundäre Degenerationen, ist aber recht häufig auch primär in ähnlicher Weise wie das Gehirn verändert.

Das periphere Nervensystem zeigt manchmal chronische Degenerationen. Die Aorta ist meistens luisch verändert. Auch die übrigen Organe, vor allem die Leber, sind meist nicht normal; doch fehlen noch bestimmtere Feststellungen. Die gewöhnlichen Manifestationen der Lues und deren Überreste sind (außer an den Gefäßen) bei Paralytikern merkwürdig selten.

Ursachen. Die Krankheit, die wir jetzt als Paralyse von den andern organischen Psychosen abtrennen, ist im gleichen Sinne wie die Tabes eine metasyphilitische. Nach einer Statistik an Offizieren erkranken etwa 4 Proz. der Syphilitiker später an Paralyse. Schwere oder leichte, gründlich oder oberflächlich behandelte Syphilis kann von Paralyse gefolgt sein; doch spricht man nicht ohne Gründe von einer besonderen „lues nervosa", die leicht verlaufen und zu Tabes, resp. Paralyse disponieren soll. Sie würde sich in ihrer Eigentümlichkeit als solche fortpflanzen. Die Paralysen von Ehepaaren sind indes nicht so häufig, daß Zufall ausgeschlossen wäre; eher sprechen Paralysefälle mit gemeinsamer Infektionsquelle für jene Auffassung. Da man bei den Paralytikern sozusagen nie tertiäre Erscheinungen oder Spuren von solchen findet, und auch sekundäre Luessymptome in den Anamnesen wenig auffällig sind, kann man vermuten, daß die leichten Luesformen besonders zu Paralyse disponieren. Vielleicht schließen sich aber auch die tertiären und die metasyphilitischen Symptome aus. Immerhin ist auffallend, daß bei ehelicher Infektion durch einen Paralytiker die Lues viel häufiger als sonst latent verläuft. Was die persönliche Disposition zu dieser Nachkrankheit ist, weiß man nicht; man hat mit ebensowenig Recht behauptet, die Paralyse sei die Psychose des gesunden Hirns, wie daß sie nur auf psychopathischer Heredität auftrete. Doch findet man in der Vorgeschichte vieler Paralytiker einen recht unsteten Lebenswandel, und SAVAGE hat einmal darauf aufmerksam gemacht, daß sie sich meist

Frauen von einem sexuellen, üppigen Typus genommen haben. Wo dieser Typ in unserer Bevölkerung die Ausnahme bildet, kann man das bestätigen. REICHARDT will eine geringe Schädelkapazität als sehr häufig nachgewiesen haben.

Daß geistige Anstrengung ein wichtiger Faktor sei, ist nicht bewiesen. Dagegen ist es wahrscheinlich, daß der Alkoholgenuß unter den disponierenden Ursachen eine wichtige Rolle spielt, da in Amerika Paralyse bei von Jugend auf Abstinenten nicht oder äußerst selten vorkommt. Dagegen gibt es eine Rassendisposition die wir noch nicht verstehen: Unter den Eingeborenen der Balkanländer ist sie selten; bei den afrikanischen Arabern, den Abessyniern und den Australnegern scheint sie so gut wie gar nicht vorzukommen; bei den Japanern soll sie erst in den letzten Dezennien häufiger geworden sein, bei den Negern in Nordamerika war sie früher seltener, jetzt besonders häufig. In bäuerlichen Gegenden ist sie viel seltener als in Städten. Ausschlaggebend ist also wohl nicht die Rasse als solche, sondern die Lebensweise oder irgendeine hinzukommende Mitbedingung, z. B. eine zweite anders geartete Infektion.

Als auslösende oder mitwirkende Ursachen werden geistige Anstrengung, Hitze, Traumen und viele andere Einflüsse beschuldigt, ohne daß irgendeine dieser Behauptungen bewiesen wäre. Es haben Berichte sogar schon angenommen, daß ein Trauma eine Paralyse habe auslösen oder ihren Eintritt beschleunigen können.

Die Paralyse tritt am häufigsten etwa 8 bis 20 Jahre nach der syphilitischen Infektion auf; doch gibt es auch verspätete Fälle und solche, die wenige (bis zwei) Jahre nachher manifest werden. Die Krankheit fällt also in die Zeit des tüchtigsten Schaffens, nachdem der Mann eine Familie gegründet hat (Maximum zwischen 35 und 45), und bekommt dadurch eine besonders große soziale Bedeutung. Es gibt allerdings auch kindliche Paralysen, die auf hereditärer Lues beruhen und meist nach dem Typus der einfach dementen Form verlaufen. Sie brechen im Gegensatz zu manchen anderen Erscheinungen angeborener Lues meist nach dem sechsten Jahr aus, ja in einzelnen Fällen erst um die Zwanzig herum.

Naturgemäß wird das männliche Geschlecht viel mehr betroffen als das weibliche, doch nimmt die Morbidität des letzteren rapid zu, namentlich in den Großstädten (1 : 2, während das Durchschnittsverhältnis jetzt noch ca. 1 : 4 sein mag). Männer erkranken verhältnismäßig mehr in den oberen Ständen, Frauen in den untern. Die infantilen Paralysen verteilen sich naturgemäß auf beide Geschlechter gleich.

Pathologie. Wie die Paralyse mit der Lues zusammenhängt, weiß man noch nicht. Mit der Tabes unterscheidet sie sich von den anderen luischen Manifestationen durch die Unbeeinflußbarkeit durch antisyphilitische Maßnahmen. Man hat deshalb an eine Vergiftung des Nervensystems durch irgendwelche im Gefolge der Infektionskrankheit auftretende Toxine gedacht. Der Befund von Spirochäten und die Gefäßeinscheidung mit Plasmazellen sollen aber dafür sprechen, daß es sich doch um eine eigentliche syphilitische Krankheit handelt. Die ursprüngliche psychopathische Konstitution der meisten Paralytiker und eventuell die „relative Mikrozephalie“ REICHARDTs) deuten auf eine besondere Disposition, die für beide Annahmen nötig wäre. Ob man von einer Heredität dieser Disposition sprechen darf, ist streitig.

KRAEPELIN hat auch an bestimmte zufällige Lokalisationen syphilitischer Prozesse gedacht, wie eine syphilitische Zerstörung der Thyreoidea Myxödem hervorbringen muß. Ferner hat er darauf aufmerksam gemacht, daß es sich bei der Paralyse um eine allgemeine Vergiftung handle, die nur im Nervensystem am intensivsten sei. Außer dem Alkohol kennen wir keine mitwirkenden Ursachen, die begünstigend oder notwendig sind bei der Entstehung der Krankheit.

Differentialdiagnose. Die organische Krankheit wird durch den Zustand der Affektivität, der Assoziationen, der Blödsinn durch die Kritiklosigkeit und die Art der Wahnideen, die Paralyse im Speziellen durch die körperlichen Symptome bewiesen.

Die diagnostische Bedeutung der einzelnen psychischen Symptome ergibt sich aus dem Gesagten von selbst. Besonders hervorzuheben sind hier nur etwa die Verstöße gegen die Ethik bei vorher anständigen Leuten.

Die körperlichen Symptome können für sich allein ohne sicheren Nachweis einer bestehenden Geisteskrankheit überhaupt ausschlaggebend sein. Die charakteristische Pupillenstörung hat die Paralyse mit den andern luischen Psychosen und der Tabes gemein. Pupillendifferenz kommt etwa bei Normalen habituell vor, dann bei Katatonie, aber meist rasch wechselnd, während sie bei der Paralyse höchstens im Laufe von Wochen und Monaten sich verändert. Schlecht reagierende, starre Pupillen haben auch die verschiedenen Formen von Alkoholismus, sehr selten Hysterische bei Sphinkterkontraktur, dann Epileptische im Anfall usw. Die paralytische Sprachstörung muß man gehört haben, dann aber wird man sie sehr selten verwechseln. Das Stammeln der Imbezillen ist etwas ganz anderes; dabei können die Laute ungenau sein, sie werden aber nicht verstellt und nicht ineinander verschmiert, im Gegenteil weniger miteinander verbunden als bei Sprachgewandtheit. Die dysarthrischen Störungen anderer organischer Hirnkrankheiten sind noch nicht genügend beschrieben, wenn sie sich auch meist leicht von den paralytischen unterscheiden lassen. An das Häsitierende und Singende der epileptischen Sprache braucht man nur zu denken, um diese zu erkennen, wenn sie ausgebildet ist. Doch können wenig entwickelte paralytische Sprachstörungen und wenig entwickelte epileptische eine gewisse Ähnlichkeit haben.

Die Sprachstörung muß oft gesucht werden. Hierzu haben sich einige Testworte, die an die Koordination eine starke Anforderung stellen, als nützlich erwiesen: Vor allem „dritte reitende Artilleriebrigade", „Elektrizität", dann wegen des Hängenbleibens an dem „l" „liebe Lilli Lehmann" und „Flanellappen". Die gewöhnlich zum Scherz gebrauchten langen Worte, wie „konstantinopolitanischer Dudelsackpfeifer" u. dgl. sind lange nicht so gut, wie die genannten und sind mehr ein Test für psychische Eigenschaften, die Aufmerksamkeit und die Reproduktionstreue, als für die Koordination. Überhaupt muß man genau unterscheiden lernen zwischen psychischen und Sprachfehlern. Wer statt „dritte reitende Artilleriebrigade" ohne Koordinationsstörung sagt: „dritte Artilleriebatterie" ist allerdings gewöhnlich ein Organischer, aber selten ein Paralytischer. Ferner ist daran zu denken, daß manchem Kranken bei angespannter Aufmerksamkeit auch schwierige Worte gelingen, während auch einfachere im gewöhnlichen Gespräch verunglücken;

oder, der Paralytiker, der nacheinander von mehreren Ärzten untersucht worden ist, ist speziell auf die Testworte eingeübt und reproduziert sie deshalb besonders gut. Anderseits kann gerade die ängstliche Aufmerksamkeit auch bei Nichtparalytikern die Sprachkunststückchen der Tests verunglücken lassen. In vielen Fällen kann man diese Klippen umgehen, indem man den Patienten etwas vorlesen läßt, und zwar zweckmäßigerweise bei der weniger verfänglichen Gesichtsprüfung.

Die Schrift ist nicht immer zu verwerten, weil sie durch andere Krankheiten in ähnlicher Weise alteriert werden kann, und die Wirkungen stärkeren Tremors manchmal schwer von denen der koordinatorischen Störungen zu unterscheiden sind. Doch wird man nicht auf die Berücksichtigung der Schrift verzichten, und um bei feststehender Diagnose rückwärts den Zeitpunkt des Beginnes zu bestimmen, ist die Prüfung früherer Handschriften manchmal das sicherste Mittel. Auch kann sie bei bestehender Psychose wenigstens den Nachweis einer zerebralen Affektion bringen, womit ja in den meisten Fällen die Paralyse indirekt gesichert ist. Auch Neurastheniker und andere erregte Leute machen im Schreiben manchmal schwer verständliche Fehler in Qualität und Quantität. Sie können sie indes leicht korrigieren; der Paralytiker aber läßt die meisten Fehler unkorrigiert, kann sie auch nicht leicht finden, und wenn er korrigiert, so tut er es sehr oft falsch.

Von Bedeutung sind auch Paresen, wenn sie sicher erworbene sind, was aber z. B. bei Fazialisungleichheiten nicht immer leicht festzustellen ist.

Die paralytischen Anfälle werden oft mit apoplektischen verwechselt; doch sind hier die länger dauernden Zuckungen selten. Anscheinend schwere Anfälle mit nachfolgenden Lähmungen und sehr raschem vollständigem Ausgleich sprechen für paralytische Natur.

Am bequemsten ist allerdings nun die Diagnose durch die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Finden sich da Hyperleukozytose, Nonne und Wassermann, so ist bei bestehender Psychose die Diagnose so gut wie gesichert. Allerdings kann die Tabes die gleichen Erscheinungen machen; ihr Bestehen erhöht aber nur die Wahrscheinlichkeit der Paralyse, da bei der Seltenheit der „Tabespsychosen" im engeren Sinne eine mit Tabes kombinierte Geisteskrankheit mit großer Wahrscheinlichkeit eine Paralyse ist. Auch bei sicherer Paralyse kann ausnahmsweise der Wassermann einmal kürzere oder auch längere Zeit negativ sein; meist handelt es sich dann um schleichende oder stillstehende Stadien oder sehr langsam verlaufende Formen.

Die Differentialdiagnose der manischen Paralyse vom manischen Anfall des manisch-depressiven Irreseins beruht auf dem Nachweis der körperlichen Symptome, einer im Verhältnis zur Erregung übertriebenen Unüberlegtheit und Rücksichtslosigkeit in allen Beziehungen, und vor allem auf dem Unsinn der Wahnideen. Personenverwechslung ist bei Manischen mehr ein Spiel; der Paralytiker aber glaubt seine Fiktionen. Man sei aber besonders vorsichtig bei Erstausbrüchen im Mannesalter; denn paralytische Symptome, die heute fehlen, können morgen auftreten. Immerhin sind bei ausgesprochenem manischen Zustand der Paralyse die Wahnideen fast immer vorhanden.

Auf gleichen Prinzipien beruht die Unterscheidung von melancholischen Zuständen.

Gegenüber der Schizophrenie ist oft die Diagnose nicht leicht, wenn wir bloße Erregungszustände mit unsinnigem, verwirrtheitähnlichem Ideengang haben, die keine deutlich spezifische Form annehmen. Einzelne katatonische Zeichen, die man unter solchen Umständen gewöhnlich nicht analysieren kann, sind noch nicht beweisend für Katatonie, wohl aber eine etwa vorhandene Affektsteifigkeit und ein Mangel an intellektuellem und affektivem Rapport. Da so viele Paralytiker von jeher ausgesprochene Psychopathen waren, kann die Anamnese oft noch verwirren, statt Klarheit zu schaffen. Hier, wie gegenüber allen Psychopathien, ist es oft von ausschlaggebender Bedeutung, wenn man von einem bestimmten Zeitpunkt an eine Änderung der psychischen Eigenschaften im Sinne der Paralyse konstatieren oder ausschließen kann.

Gegenüber der Epilepsie können nur die spezifischen Zeichen der beiden Psychosen maßgebend sein; beim Auftreten epileptischer Anfälle im mittleren Lebensalter sind dieselben aber meist nach keiner Seite ausgesprochen, und so gibt es Fälle, wo man eine Zeitlang schwankt.

Bei der Neigung der Paralytiker zu Exzessen geben die alkoholischen Formen häufig zu Zweifeln Anlaß. Der Korsakow als organische Psychose hat eine Menge Symptome mit der Paralyse gemein, doch hilft die Neuritis und der Mangel der spezifisch paralytischen Zeichen (Pupillenstörungen kommen auch da vor!) meist über die Schwierigkeit hinweg, manchmal auch der Ausbruch der Krankheit. Die periphere Neuritis ist aber nicht immer vorhanden. Die alkoholische Pseudoparalyse macht noch größere Schwierigkeiten. Ausgesprochenen Größenwahn habe ich dabei nie gesehen; doch soll er in seltenen Fällen auch vorkommen. Die Progression unter Abstinenz statt allmählicher, wenigstens teilweiser Rückbildung entscheidet mit der Zeit für die Paralyse. Rascher allerdings die Liquoruntersuchung.

Gar nicht selten bringt erst ein Delirium tremens den wirklichen Paralytiker in die Anstalt. Jenes heilt, die Paralyse schreitet fort.

Die paranoischen Formen der Dementia paralytica sind sehr selten, so daß ich hier nur daran erinnern möchte; sind die Symptome noch wenig ausgesprochen, so kann eine Zeitlang die Unterscheidung von Paranoia oder Paranoid nur mit der Lumbalpunktion gemacht werden.

Die Differenzialdiagnose gegenüber Hirntumoren versteht sich von selbst, nur ist zu erwähnen, daß es eben langsam wachsende, infiltrierende Gliome gibt, die ganz unter dem Bilde einer einfachen Paralyse mit angedeuteten Lokalsymptomen verlaufen können. Ohne Lumbalpunktion kann man einmal bis zum Tode die Diagnose verfehlen, und gerade bei Verdacht auf Tumor ist die Punktion gefährlich.

Von den übrigen organischen Psychosen ist die Paralyse nur durch die körperlichen Symptome (inkl. Liquor) sicher zu unterscheiden, wenn auch ausgesprochen paralytischer Größenwahn an sich die Diagnose ohne zu großes Risiko erlaubt.

Die Grenzlinie zwischen Neurasthenie und Paralyse zu ziehen ist eine der wichtigsten Aufgaben. Die Klagen sind häufig lange Zeit die nämlichen. Der Neurastheniker behauptet z. B., an Gedächtnisschwäche zu leiden; aber wenn man ihn darauf prüft, so findet man gar nichts, oder statt dessen affektive Erinnerungsschwierigkeiten; er fürchtet selber, an „Gehirnerweichung" zu leiden und meint, eine Sprach-

störung zu haben; diese erweist sich aber, wenn sie überhaupt vorhanden ist, nicht abgestuft je nach den artikulatorischen Schwierigkeiten der Worte, sondern je nach dem momentanen Grade der Ängstlichkeit. Besonders ist wichtig das Verhalten der Kranken diesen Symptomen gegenüber: Der Neurasthenische schildert alles schwerer, als es ist, hört es zwar gern, wenn man ihn tröstet, wird aber nicht gleich oder gar nicht beruhigt. Der Paralytiker nimmt die Sachen gewöhnlich nicht so schwer; leicht hat er Ausreden zur Hand: Er ist jetzt gerade etwas ermüdet oder erschrocken durch die Untersuchung oder er friert, oder irgend etwas Ähnliches. Und wenn er, in depressiven Fällen, wirklich ängstlich ist, so bleibt er inkonsequent, vernachlässigt leicht die ärztlichen Anordnungen, was der eigentliche Neurastheniker höchstens dann tut, wenn er zwischen mehreren „Heilsystemen" schwankt. Überhaupt hat der Neurastheniker eine übertriebene Ich-Beobachtung und pflegt den Symptomen einen übertriebenen Wert beizulegen, während der Paralytiker meist gleichgültig erscheint und eine auffallende Unfähigkeit zur Selbstbeobachtung an den Tag legt. Dieser Unterschied zeigt sich auch gegenüber den depressiven Zuständen mit erhaltener Intelligenz (z. B. beim Manisch-depressiven).

Behandlung. Die Prophylaxe besteht in Vermeidung resp. Bekämpfung von Syphilis und Alkohol, des letztern, weil er einesteils die Ansteckungsgelegenheiten vermehrt, andernteils mithilft (oder notwendig ist?), um die Lues zur Paralyse werden zu lassen. Daß die energische Behandlung ausgebrochener Syphilis die Chancen gegenüber späterer Erkrankung an Paralyse verbessere, ist nicht nachgewiesen.

Die Therapie der ausgesprochenen Paralyse ist quoad morbum eine aussichtslose. Antisyphilitische Behandlung (auch Salvarsan) ist wirkungslos. Vorübergehende Besserungen sollen Injektionen von nucleinsaurem Natrium, von Tuberculin und einigen ähnlichen, weiße Blutkörperchen und Schutzstoffe mobilisierenden Mitteln hervorbringen. Von den letzteren Einwirkungen erhofft man jetzt noch auch definitive Stillstände; die Zukunft muß lehren mit welchem Recht.

Ungemein wichtig ist eine frühe Diagnose, teils um ruinöse und unnütze Kuren zu ersparen, teils um das vorhandene Vermögen zu sichern. Die Paralytiker haben zu einem großen Teil ihr Vermögen infolge des Größenwahnes oder des Blödsinnes schwer geschädigt, wenn sie in die Irrenanstalt kommen. Es ist Sache des Hausarztes, rechtzeitig die geeigneten Schritte zu veranlassen. Gefährlich sind vor allem die weitgehenden Remissionen, in denen Richter und Angehörige gerne eine Heilung sehen wollen, während sowohl der bestehende Schwachsinn und die euphorische Stimmung als auch neue Schübe die Handlungsfähigkeit beeinträchtigen.

Für die Aufregungen sowie für das Stadium der Hilflosigkeit bestehen die selbstverständlichen allgemeinen Regeln der Behandlung. In Angstzuständen leisten Opiate oft gute Dienste. Genaue Überwachung der Blase ist Pflicht, da sonst paradoxe Inkontinenz verborgen bleiben und zu schwerer Blasenlähmung führen kann. Manche Patienten kann man unter günstigen Umständen zu Hause verpflegen, sobald man sicher ist, daß sie sich führen lassen und weder ihr Vermögen, noch durch sexuelle Exzesse und verbrecherische Handlungen ihre Ehre gefährden.

Bei paralytischen Anfällen verhält man sich am besten bloß kon-

servativ; man schützt die Kranken vor Beschädigung durch Anstoßen und Reiben, vor allem aber gegen die Unreinlichkeit. Zu künstlicher Ernährung greift man nur in Notfällen; der Patient stirbt nicht gleich an Inanition, aber die Gefahr, daß beim Herausnehmen des Schlauches oder beim Würgen etwas von der Speiseflüssigkeit in die Lungen aspiriert werde, ist bei diesen hilflosen Kranken besonders groß. Nährklystiere werden oft nicht behalten. Wenn nötig, kann Infusion von physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut wenigstens den Wasservorrat auf der Höhe halten. Verlangen die Angehörigen, „daß man etwas tue", so werden Eiseinpackungen des Kopfes angeraten, und Amylenhydrat oder Paraldehyd oder Chloralamid sollen manchmal die Heftigkeit der Krämpfe mildern. Die ersteren beiden Mittel können in einem Vehikel, das den Darm schützt, auch als Klysma gegeben werden (Chloralamid 4,0 bis 6,0 (!), Amyli 4,0, Aq. dest. 150,0 oder Amylenhydrat 4,0 bis 6,0, Aq. dest. 60,0, Mucil. Gummi arab. 30,0. Für ein Klysma).

Man gibt auch Herzmittel, wenn Kollaps droht. — Ich habe aber nicht den Eindruck, daß in irgendeiner Beziehung der Anfall schlechter ablaufe, wenn man den Patienten gar nicht plagt.

VII. Seniles und präseniles Irresein (Alterspsychosen).

Kraepelin faßt unter dem Namen der Alterspsychosen die präsenilen und senilen Geistesstörungen zusammen, unter den letzteren das arteriosklerotische Irresein trennend vom Altersblödsinn, dem er auch die Presbyophrenie einreiht.

Die präsenilen Formen sind symptomatologisch wie systematisch noch ganz unklar. Ja, es ist noch nicht einmal ganz sicher bewiesen, daß es solche gibt, wenn es auch wahrscheinlich ist. Jedenfalls werden zur Zeit der Involution bestimmte Formen bevorzugt, indem z. B. Depressionen und Angstzustände von dieser Zeit an stark zunehmen, und vielleicht kommen gewisse Psychosen nur in dieser Epoche vor. Die hier als präsenil betrachteten Krankheitsbilder sind gegenüber den senilen Formen schwer abzugrenzen, einesteils, weil einige von ihnen auch organischen Charakter besitzen, andernteils, weil natürlich bei längerer Dauer sich sehr leicht eine senile Hirnveränderung zu der präsenilen hinzugesellen kann, wobei die schleichende Entwicklung der organischen Symptome leicht für längere Zeit verdeckt, daß etwas Neues hinzutritt.

Das Präsenium, die Involution, ist aber doch etwas anderes als das Senium; es ist nicht ein Anfang vom Ende, eine Vorbereitung zum Tode, sondern eine neue Entwicklungspsychose[1]).

Unter Kraepelins präsenilen Psychosen gibt es welche, die der Ausdruck einer meist rasch verlaufenden Degeneration des Gehirns sind, also organischen Charakter haben; andere sind heilbar, z. B. die präsenilen Depressionen, wieder andere, wie der präsenile Beeinträchtigungs-

[1]) Der Begriff der „Involution" wird bald im Sinne einer Rückbildung, die mit dem Tode endet, gefaßt, bald in dem des Übergangs in die neue Altersstufe, ähnlich „Klimakterium". Die Bezeichnung „Involutionspsychosen" gründet sich auf den letzteren Begriff, einen Unterschied gegenüber den senilen Psychosen fixierend.

wahn, galten als funktionell, müssen aber doch eine weniger greifbare Hirndegeneration als Grundlage haben[1]).

Die eigentlichen senilen Psychosen, die wir kennen, haben alle eine bestimmte Tendenz zum Fortschreiten oder, anatomisch ausgedrückt, zur allmählichen Zerstörung des Gehirns. Auszuschließen ist es natürlich noch nicht, daß es nicht auch heilbare Psychosen gibt, die dem Senium angehören. Dazu möchte ich aber „senile Melancholien" mit leichten organischen Zügen oder organische Verwirrtheiten und Delirien nicht rechnen, denn wenn man genauer zusieht, so findet man immer, daß auch nach dem Verschwinden der auffallenden Symptome der Patient ein im Sinne der Dementia senilis geschwächter Mensch ist. Ich fasse deshalb solche Stürme als interkurrente Äußerungen einer senilen Hirndegeneration auf, ganz wie bei ausgesprochenem Altersblödsinn und analog den akuten Auftritten bei Paralyse und Schizophrenie, und stelle theoretisch die Hauptkrankheit in den Vordergrund, wenn es auch Fälle gibt, wo die Wiederherstellung des Gleichgewichts praktisch die Bedeutung einer Heilung hat. KRAEPELIN pflegt dagegen das praktische Resultat in den Vordergrund zu stellen, und bezeichnet manche senile Melancholie mit nihilistischen Wahnideen oder andern organischen Manifestationen als heilbar, so lange sonst die Psyche noch nicht erheblich geschädigt ist.

Ferner gehören natürlich andere Psychosen, wie manisch-depressive Schübe, die auch in diesem Alter vorkommen, nicht zu den senilen; hier liegt die Disposition in der angeborenen Konstitution und nicht im Alter.

Die senilen Psychosen bieten drei verschiedene Klassen von anatomischen Befunden: die Arteriosklerose mit ihren Wirkungen auf das Nervensystem (arteriosklerotisches Irresein), die einfache Atrophie des Gehirns (Dementia senilis im engeren Sinne) und die Sphärotrichie (Verdrusung) mit oder ohne Alteration der Nervenfibrillen (Presbyophrenie). Zu der ersten und der letzten Veränderung tritt natürlich früher oder später regelmäßig auch eine Ernährungsstörung des ganzen Gehirns, und außerdem können die drei Prozesse in beliebigen Kombinationen von Anfang an verbunden sein. Wir haben in praxi selten reine Formen.

Ich hätte deshalb für ein Lehrbuch am liebsten die drei Formen als eine Krankheit beschrieben, und für die Bedürfnisse der Praxis wäre das auch jetzt noch zu empfehlen. Denn das für die Psychiatrie Wesentliche ist überall anatomisch die diffuse Reduktion der Hirnsubstanz und symptomatologisch der Komplex der „organisch-psychischen" Symptome. Die letzteren sind allein ausgesprochen bei den einfachen senilen Formen. Bei dem arteriosklerotischen Irresein kommen neurologisch-zerebrale Erscheinungen dazu, und die psychischen Defekte haben lange etwas Lakunäres. Bei den presbyophrenen Formen wird das Bild durch die Erregung und einige andere Symptome kompliziert.

Nun haben aber die Bemühungen namentlich der Münchner Schule und BINSWANGERs, die von der Anatomie ausgingen, so klare klinische und anatomische Unterschiede kennen gelehrt, daß man sich der Trennung der einzelnen Krankheitsbilder nicht mehr entziehen kann.

[1]) Da die meisten als präsenile beschriebenen Psychosen nicht zu den organischen gehören, sollten sie eigentlich in einem besonderen Abschnitt behandelt werden. Ich mag aber KRAEPELINs Schema nicht auseinanderreißen.

Immerhin behandelt KRAEPELIN, dem wir folgen, die Presbyophrenie als eine Unterform der Dementia senilis. Wir hätten also: das arteriosklerotische Irresein, die Dementia senilis im neuen engeren Sinn, und als Unterform derselben die Presbyophrenie.

Arteriosklerotisches Irresein und Altersblödsinn haben innerhalb der organischen Gruppe eine gemeinsame Differentialdiagnose, die gegenüber der Paralyse hauptsächlich durch die Abwesenheit der paralytischen Zeichen (Sprache, Pupillen, Liquor, Blutwassermann) bestimmt wird. Gegenüber dem alkoholischen Korsakow ist das Fehlen der Zeichen des Alkoholismus und bis zu einem gewissen Grade der Neuritis ausschlaggebend. Die übrigen organischen Krankheiten (Hirntumor, multiple Sklerose usw.) tragen ihre besonderen neurologischen Zeichen, die den bisher erwähnten Psychosen abgehen.

Auch eine Anzahl therapeutischer Gesichtspunkte sind der Gruppe gemeinsam. Zusammen mit der Paralyse gefährden sie das Vermögen und die zivilrechtlichen Verhältnisse überhaupt. Man muß sich deshalb in jedem einzelnen Fall fragen, ob Vormundschaft einzuleiten sei, und diese Frage ist möglichst früh und gründlich zu prüfen unter Erwägung aller Verhältnisse.

Man hüte sich bei beiden senilen Formen vor dem Rate, daß der Patient die gewohnte Beschäftigung ohne Ersatz aufgeben solle, wenn es nicht absolut notwendig ist. Oft wird die Senilität erst zur Krankheit infolge des plötzlichen Aufhörens der gewöhnlichen Lebensreize.

Die Internierung in eine Anstalt wird man bei einem Senilen viel weniger anordnen und viel seltener zu einer dauernden werden lassen als beim Paralytiker. Wenn der Senile ein Heim hat, soll er unter gewöhnlichen Umständen da bleiben können. Erst wenn akzessorische Symptome (Unruhe, Verwirrtheit) oder Gefahr für sich und die Umgebung auftritt, wenn er melancholisch ist, wenn er mit Licht und Feuer unvorsichtig umgeht, den Gashahn offen läßt, zu sexuellen Attentaten geneigt ist, Frau und Kinder bedroht, dann soll er in die Anstalt. Ist die Gefahr vorüber, so soll man sehen, ihn wieder unter normale Umstände zu bringen.

Die für alle Beteiligten sehr lästigen nächtlichen Delirien lassen sich manchmal durch Schlafmittel bekämpfen, aber lange nicht in allen Fällen. Neben den gewöhnlichen Mitteln ist hier die Bromidia zu empfehlen, die entschieden gerade für diese Fälle eine glückliche Verbindung von narkotischen Stoffen bildet. Die Herstellung ist Geheimnis, die Zusammensetzung wird angegeben[1]). Man kann das Mittel aber in jeder Apotheke zusammenstellen lassen. Nur sieht dann das Präparat trübe aus und muß geschüttelt werden.

Das präsenile Irresein.

KRAEPELIN hat aus den mannigfaltigen Formen acht Bilder herausgehoben, macht aber mit Recht keinen Anspruch darauf, die präsenilen Psychosen erschöpfend behandelt oder die einzelnen Bilder scharf abgegrenzt zu haben.

I. Zunächst nehmen die depressiven Zustände mit dem Alter zu, und gerade zur Zeit der beginnenden Involution finden wir eine Häufung derselben.

---

[1]) Extr. Cannab. Ind. Ext. Hyoscyami fluid. ää 0,5. Kal. bromat. Chloralhydrat ää 50,0. Aq. dest. ad 250,0.

Ein Teil gehört jedenfalls dem manisch-depressiven Irresein an. Ich bin aber überzeugt, daß es außerdem noch andere Depressionen gibt. Weiteres über die sogenannte Involutionsmelancholie und das Klimakterium virile ist im Anhang zum manisch-depressiven Irresein angeführt.

II. Außerdem gibt es heftige Erregungszustände mit Angst und Halluzinationen; das Unsinnige der abgerissenen massenhaften Wahnideen und das im Vordergrund-bleiben des Affektes, sowie der tötliche Ausgang weisen auf das Organische hin, auch wenn Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen der Erregung wegen nicht nachzuweisen sind. Es handelt sich also um ein Bild, das noch in den allgemeinen Begriff des „Delirium acutum" hineinpassen mag.

III. Manche Formen, meist mit depressiver Nuance, gleichen Spätkatatonien. Bei vielen dieser Fälle kann man, auch wenn die katatonischen und schizophrenen Symptome überhaupt nicht so ausgesprochen sind, daß sie diese Diagnose erlauben, in der Anamnese eine sichere Schizophrenie finden. Andere gehören wohl besonderen Krankheitsbildern an, was Kraepelin namentlich durch Hinweis auf anatomische Befunde wahrscheinlich macht.

IV. Thalbitzer und Rehm haben auch Bilder herausgehoben, die sie als depressiven Wahn bezeichnen: ängstliche Erregungszustände mit lebhafter Wahnbildung und unter Umständen auch Halluzinationen.

V. Gaupp hat andere depressive ängstliche Bilder abgegrenzt mit langsamem Übergang in psychische Schwäche, organischen Charakters, meist schon in den vierziger Jahren beginnend.

VI. Ein weiteres Bild ist nach den vorliegenden Beschreibungen vielleicht nur dadurch von der Form II zu unterscheiden, daß der gewöhnliche Ausgang nicht der Tod, sondern ein organischer Schwächezustand ist. Außerdem würden Halluzinationen fehlen. In drei Fällen hat Kraepelin schwere Veränderungen der Ganglienzellen gefunden. Der Autor vermutet, daß auch die „zusammengesetzten Motilitätspsychosen" Doeblins hierhergehören.

Eine VII. Form bildet eigentümliche in Verblödung übergehende Erregungszustände mit konfusen, depressiven und Größenideen.

VIII. Besser bekannt sind die paranoiden Zustände dieses Alters, von denen Kraepelin ein ziemlich gut umschriebenes Bild als präsenilen Beeinträchtigungswahn herausgehoben hat. Es handelt sich um Krankheiten mit an das schizophrene Paranoid erinnernden Wahnideen, die sich aber durch ihre Unbestimmtheit und Wandelbarkeit und das Fehlen von Sinnestäuschungen und Größenideen, die gute Erhaltung und Ordnung des Denkens und Handelns und die Abwesenheit von Willensstörungen davon unterscheiden sollen. Die Kranken produzieren unsinnige Wahnideen, namentlich in der Nacht, halten am Tage daran fest, bleiben aber meist für einfachere Leistungen arbeitsfähig, so weit nicht die nächtliche Unruhe und ähnliche Symptome Anstaltsbehandlung nötig machen. Bei einer Anzahl von Fällen, die genau dem Bilde entsprechen, habe ich aus der Anamnese oder aus dem späteren Verlauf nachweisen können, daß es sich um eine Phase der Schizophrenie handelte; und da schizophrene Spätformen die Neigung haben, die eigentlichen schizophrenen Symptome wenig auszudrücken, namentlich auch die Persönlichkeit mehr oder weniger intakt zu lassen, kann man vermuten, daß es sich in den meisten Fällen um Schizophrenien handelte.

Trotzdem bin ich überzeugt, daß es außerhalb der Schizophrenie paranoide Formen gibt, von denen ein Teil dem Klimakterium und dem Senium angehört.

Das arteriosklerotische Irresein.

Das arteriosklerotische Irresein hat sehr mannigfaltige Erscheinungsweisen. Meistens ist die Hirnarteriosklerose mit verschiedenen Symptomen da, bevor man von einer Psychose sprechen kann. Die wenigsten Fälle kommen überhaupt zum Irrenarzt. Die Arteriosklerose bedingt an sich noch keine Psychose; diese kommt erst dann hinzu, wenn eine diffuse Reduktion der Hirnmasse eintritt (abgesehen von vorübergehenden deliriösen Zuständen und den Affektstörungen von großen Hirnherden aus).

Die neurologisch-zerebralen Symptome bestehen in Kopfdruck, Kopfweh mit großen Schwankungen, Schwindel, Ohnmachten, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, eventuell Paresen und allen möglichen Herdsymptomen (Hemiplegie, Hemianopsie, aphasische, apraktische Störungen usw.). Auch die letzteren organischen Ausfallserscheinungen sind meistens im Anfang wenig stabil und können sich sehr stark zurückbilden (d. h. sie brauchen nicht auf Blutungen und Erweichungen zu beruhen).

In sehr vielen Fällen kommen Symptome von seiten anderer Organe dazu, die ebenfalls durch die Arteriosklerose geschädigt sind, namentlich der Nieren und des Herzens.

So lange die psychischen Symptome nicht das Bild beherrschen, wird die Krankheit auch als „nervöse Form der arteriosclerosis cerebri" bezeichnet.

Die psychischen Symptome beginnen wie die körperlichen sehr schleichend und kommen und gehen im Anfang. Die Patienten fühlen oft wie eine Leere in ihrem Geist, ihre Initiative erlahmt, es wird ihnen mühsam, sich zu einer Handlung aufzuraffen. Die Ausdauer nimmt ab, die gewohnte Aufmerksamkeit wird ihnen beschwerlich, sie ermüden viel leichter als früher. Diese Symptome werden regelmäßig schmerzlich empfunden, wodurch wieder das Krankheitsbild schwerer gemacht wird. Es besteht aber unzweifelhaft auch eine primäre Neigung zu Depression und zu ängstlicher Auffassung der Erlebnisse, ja zu oft schweren Angstzuständen, die offenbar häufig direkte Folge der Zirkulationsstörungen im Gehirn sind.

Dieses Stadium kann jahrelang dauern ohne wesentliche Verschlimmerung. Immerhin wird die Affektivität gewöhnlich in gewissem Sinne labiler; es entwickelt sich deutliche emotionelle Inkontinenz. Das Interesse der Kranken wird eingeschränkt und die Neigung zu Depression hemmt einigermaßen Gefühlsschwankungen, und dennoch sieht man, wie sie oft in allen Richtungen im Sinne von Reizbarkeit und psychischem Schmerz, aber in Momenten besseren Befindens auch im Sinne von Freude und Wehmut, reagieren können und zwar, was das Charakteristische ist, schon auf Kleinigkeiten.

Nach und nach werden Störungen des Gedächtnisses, namentlich der Merkfähigkeit, ausgesprochener, die sich anfangs nur bei einzelnen Gelegenheiten, beim Suchen von Namen u. dgl. bemerkbar machen, und sie nehmen allgemeinen Charakter an, wenn sie auch auf- und abschwanken. Konfabulationen können auftreten, sind aber selten sehr zahlreich.

Unter vielen Schwankungen kann das Bild im Laufe mancher Jahre immer schwerer werden. Angstzustände von minuten- bis wochenlanger Dauer können deliriösen Charakter annehmen mit Verkennung der Umgebung, entsetzlichen Wahnideen, zerschnitten, verbrannt, lebendig begraben zu werden, meist als Strafe für Sünden. Die Patienten ringen nach Atem, schreien, klagen sich an, drängen wild fort, machen etwa auch brutale Suizidversuche. Auch in der Zwischenzeit besteht Neigung zu eigentlicher Melancholie. Die Kranken werden mutloser, ängstlich, empfinden alles schmerzlich, bilden depressive Wahnideen, namentlich auch hypochondrische.

Sonstige deliriöse Zustände sind bei den einfachen Formen ziemlich selten, um so häufiger aber bei den apoplektischen.

Auffassungsfähigkeit und Aufmerksamkeit werden allmählich im Sinne der organischen Syndrome verändert.

Die Orientierung leidet erst anfallsweise und schließlich wird sie vollständig vernichtet, die Körperkraft nimmt ab, die Leute bleiben zuletzt bettlägerig und sterben an Marasmus oder an apoplektiformen Anfällen.

Apoplektische Formen. Sehr häufig geht die ganze Krankheit von den Anfällen aus oder diese bedingen in erster Linie den Verlauf. Dabei handelt es sich sowohl um Blutungen wie um Erweichungen. Der erste Anfall tritt nach arteriosklerotischen Vorboten beliebiger Intensität und beliebiger Dauer oder auch bei bisher noch ganz gesunden Leuten auf, mit den gewöhnlichen Symptomen von Kopfschmerz, Wallungen, Schwindel, Niederstürzen und nachfolgenden Allgemeinsymptomen und Herderscheinungen, welch letztere je nach dem Sitz bleiben oder sich zurückbilden. Abhängig von dem allgemeinen Ernährungszustand des Gehirns und des ganzen Patienten und wohl auch von der Lokalisation des Herdes können sich nun früher oder später die psychischen Zeichen der diffusen Hirnatrophie anschließen. Deletär scheinen nach meiner Erfahrung namentlich Herde in der Umgegend des Pons, obschon sie zunächst die Psyche am wenigsten alterieren (Ernährungsstörungen vom Gefäßzentrum aus?). In vielen Fällen bleibt indessen die Psyche jahrelang so wenig gestört, daß die Patienten mit Recht als geistig gesund gelten. Nur die Affektivität ist auch in diesen Fällen meistens deutlich verändert und zwar im Sinne der Labilität. Oft schon unmittelbar nach dem Schlaganfall sind die Patienten viel leichter zum Weinen und sogar zum Lachen zu bringen als früher. In manchen Fällen empfinden sie das direkt unangenehm; aber eigentliches Zwangslachen und Zwangsweinen, d. h. mimische Äußerungen, denen kein wirklich empfundener Affekt qualitativ und quantitativ entspräche, habe ich gar nicht so häufig gesehen.

Sonst unterscheidet sich die Dementia apoplectica nicht wesentlich von der einfachen arteriosklerotischen Demenz ohne Schlaganfälle, mit der sie durch Übergangsformen mit seltenen oder häufigen kleinen Anfällen verbunden ist.

Beide Formen können durch (fast immer depressive) Verstimmungen, namentlich unregelmäßig schwankende angstmelancholische Zustände kompliziert werden.

Regelmäßig bleibt die Persönlichkeit mit ihren Strebungen relativ lange erhalten; auch wenn die Kranken schon recht blöde erscheinen, sind sie in den Grundzielen ihres Wollens nicht viel verändert, nur verstehen sie nicht mehr alles und lassen sich von den Affekten mehr beherrschen. Auch die Ausfallsymptome sind, wie die Franzosen sich ausdrücken, „lakunär", d. h. zeitlich und in bezug auf spezielle Funktionen ganz unregelmäßig, teils vorhanden, teils fehlend; gute Gedächtnisleistungen überraschen neben totaler Hilflosigkeit des Erinnerungsvermögens, richtige Urteile neben ganz beschränkten. Während man bei Paralyse, Dementia senilis und Presbyophrenie von dem allgemeinen Zustand mit großer Wahrscheinlichkeit auf einzelne Leistungen schließen kann, wäre es hier sehr trügerisch.

Im einzelnen sind natürlich die Bilder sehr verschieden, je nach

Schwere und Sitz und Ausbreitung der Herde einerseits und nach der Intensität der allgemeinen Hirnatrophie anderseits.

In bezug auf den Verlauf aller Formen hebt KRAEPELIN hervor, daß zuerst das Schwinden der Elastizität der Gefäße eine Schwierigkeit in der besonders im Gehirn unendlich abgestuften Anpassung des Blutapparates an die momentanen Erfordernisse hervorbringe. Damit leidet natürlich auch die funktionelle Anpassungsfähigkeit, daher die Ermüdung, die Schwierigkeit im Handeln und wohl auch ein Teil der frühen affektiven Störung. Es kommt schließlich zu falschen Reaktionen der Gefäße, gewiß manchmal geradezu zu lokalen Gefäßlähmungen und Gefäßkrämpfen, die die vorübergehenden lokalen Störungen und manche schwankende Allgemeinsymptome verursachen. Später kommt die schwierigere Ernährung einzelner an Zahl immer zunehmender Hirngebiete und auch des ganzen Gehirns (z. B. bei Sklerose des ganzen circulus Willisii) hinzu mit den verschiedenen nutritiven Folgeerscheinungen, und in dritter Linie die Blutungen und Erweichungen infolge von Bruch der Arterienwand und Verschluß der Lumina.

Der Ausgang ist der Tod in organischer Verblödung. Die letztere kann ausfallen, wenn der Verlauf durch Apoplexien und andere Zufälle abgekürzt wird. Die Dauer der Krankheit kann von wenigen Wochen bis zu zwei Jahrzehnten schwanken.

Alter. Das arteriosklerotische Irresein tritt am häufigsten auf zwischen 55 und 65 Jahren. Es kommen aber Fälle vor schon in den vierziger Jahren; im letzteren Falle ist das Auftreten meist ein familiäres.

Beide Geschlechter sind bei den apoplektischen Störungen ungefähr gleich vertreten, bei den andern betreffen nach KRAEPELIN 71,5 Proz. Männer.

Man hat auch das arteriosklerotische Irresein, je nachdem verschiedene Gefäßgebiete ergriffen sind, noch in Untergruppen geteilt. BINSWANGER hat die Encephalitis subcorticalis chronica hervorgehoben, die anatomisch dadurch gekennzeichnet ist, daß besonders die langen Gefäße des Hirnmarkes betroffen sind. Dem entspricht eine starke Atrophie des Markes bei relativ gut erhaltener Rinde. Da sie die einzelnen Teile des Gehirns sehr verschieden stark zu befallen pflegt, überwiegen gewöhnlich Herderscheinungen, Lähmungen, aphasische Symptome; in einem Falle habe ich eine praktisch vollständige Hemianopsie gesehen.

Auf psychischem Gebiete tritt eine langsame geistige Verarmung ein, die nur bei langem Bestehen höhere Grade bis zu vollständiger Desorientierung erreichen kann. Wahnideen, ja stärkere Stimmungsverschiebungen pflegen zu fehlen.

Die Krankheit beginnt meist auffallend früh, schon zu Anfang der fünfziger Jahre.

Es gibt nach WOLLENBERG auch eine Form, die rasch mit ängstlichen Verstimmungen, Verfolgungsideen, Verwirrtheit und völliger Inkohärenz verläuft.

ZIEHEN unterscheidet neben dem arteriosklerotischen Irresein noch die drei Formen der Dementia haemorrhagica, embolica und thrombotica. Unserer Beschreibung ist aber von diesen Gesichtspunkten aus höchstens noch hinzuzufügen, daß die Hirnthrombose eher stärkere psychische Symptome macht als die Blutung und die Embolie, weil sie eher eine allgemeine Schwäche des Gefäßsystems voraussetzt und auch als solche am ehesten multipel ist.

ALZHEIMER hat ferner die perivaskuläre Gliose und die senile Rindenverödung herausgehoben. Bei der perivaskulären Gliose geht das Nervengewebe um kleinere Gefäße herum, die nicht ganz durchgängig sind, zugrunde, während die Gliafasern wuchern und Körnchenzellen sich mit den Abraumstoffen beladen. Die Herde können überall im Gehirn vorkommen.

Die senile Rindenverödung entsteht durch hyalin-arteriosklerotische Entartung feiner Rindengefäße, in deren Bereich dann die Nervenbestandteile durch

einen dichten Gliafilz ersetzt werden; viele dieser Herdchen liegen an der Oberfläche, eine flach trichterförmige Eindellung verursachend.

Die Heraushebung dieser beiden Krankheiten hat bis jetzt nur anatomisches Interesse.

Ein funktionell abgegrenztes Krankheitsbild ist die arteriosklerotische Epilepsie, die bei verschiedenen Lokalisationen der Arteriosklerose meist schon recht früh auftritt und über kurz oder lang zur Verblödung führt. Sie soll hauptsächlich bei Trinkern vorkommen.

In bezug auf die Anatomie des arteriosklerotischen Irreseins ist dem Gesagten eigentlich nichts mehr hinzuzufügen. Man findet eben die verschiedensten arteriosklerotischen Verdickungen durch Proliferation der Gefäßzellen, hyaline Degeneration usw. in den verschiedensten Verteilungen, und als Folge derselben lokales Zugrundegehen des Nervengewebes durch Verödung mit Gliaausfüllung („perivaskuläre Gliose"), durch kapilläre und große Blutungen, durch Erweichungen, und außerdem in den meisten Fällen eine diffuse Reduktion der Hirnsubstanz als Ausdruck einer allgemeinen Ernährungsstörung. Vielleicht kann auch die Summe von unzähligen kleinen Herdchen die nämliche Wirkung haben wie eine vollständige diffuse Störung. Das Gesamtgehirn ist regelmäßig verkleinert, beim Tode im Durchschnitt um ca. 150 g zu leicht. Die Pia ist oft bindegewebig verdickt, kaum aber infiltriert.

Die Ursachen der Arteriosklerose sind uns zum großen Teil noch dunkel; sie ist nicht bloß eine Kulturkrankheit, man will ihre Spuren schon in prähistorischen Überresten gefunden haben. Jedenfalls ist die Familienanlage von Wichtigkeit. In neuerer Zeit wird, gestützt auf experimentelle Tatsachen, der Tabak angeschuldigt, seit langem der Alkohol. Man hat weiter eine Menge von Umständen, Gewissenhaftigkeit und Liederlichkeit, Überanstrengung und Faulheit und vieles andere als Ursache der Arteriosklerose hinstellen wollen, aber bis jetzt ohne genügende Beweise. Die Lues ist wohl in den gewöhnlichen Fällen, wo der Wassermann negativ ist, unbeteiligt, wenn wir auch noch nicht genügende Kenntnisse haben, um für alle Fälle die gewöhnliche Arteriosklerose von der spezifischen zu unterscheiden.

Als auslösende Ursachen sind schwächende Krankheiten zu nennen, wie bei der einfachen Dementia senilis; das Gehirn, dessen Blutversorgung unter gewöhnlichen Umständen gerade noch genügen möchte, vermag sich dann nicht mehr zu ernähren und atrophiert in toto oder stellenweise so stark, daß die psychischen Symptome ausbrechen. Stärkere Affekte, namentlich depressive, bewirken oft ein rasches Auftreten des arteriosklerotischen Syndroms; das Bindeglied ist wohl die ungenügende Regulierung und Anpassungsfähigkeit der Gefäße.

Von der Arteriosklerose mit ihren direkten Folgen zu trennen ist die funktionelle Reaktion des Gehirns auf die lokalen Ernährungsstörungen. Wie namentlich von Monakow betont hat, kann in einem rüstigen Gehirn der nämliche Herd symptomlos bleiben, der in einem allgemein geschädigten schwere Erscheinungen macht. Es ist auch wahrscheinlich, daß ein rüstiges Gehirn, ohne sich in der Ernährung stören zu lassen, einen gewissen Grad von Arteriosklerose überwinden kann, teils wegen guter nutritiver Affinität, teils dadurch, daß es den regulatorischen Apparat anstrengt. Vielleicht liegt die Neigung der Alkoholiker zu arteriosklerotischen Hirnstörungen mehr am Versagen der nutritiven resp. vitalen und der regulatorischen Energie der vergifteten Gehirnsubstanz als an einem mir noch nicht ganz sicheren kausalen Zusammenhang zwischen Alkohol und Gefäßverhärtung. Es ist auch anzunehmen, daß ein krankes Gehirn die veränderte

Druckverteilung, die durch einen Herd gesetzt wird, weniger leicht ausgleichen kann als ein gesundes.

Im übrigen haben wir keine Antwort auf die Frage, warum im einen Falle die Arteriosklerose gerade die Nieren, im anderen das Gehirn und innerhalb des letzteren wieder die verschiedenen Gefäßgebiete einzeln befallen kann.

Die Diagnose ist natürlich in ausgesprochenen Fällen relativ leicht. Im Anfange beruht sie auf den verschiedenen neurologischen Symptomen mit ihrem charakteristischen Wechsel.

Die Hirngefäßverhärtung selbst ist nicht immer leicht zu diagnostizieren. Stärkere Sklerose der Körperarterien gibt eine gewisse Wahrscheinlichkeit für ähnliche Veränderungen im Gehirn, aber das letztere kann ebensowohl frei sein bei ausgesprochener Verkalkung in anderen Organen, wie auch das Umgekehrte vorkommt. Man legt mit Recht Gewicht auf die Erhöhung des Blutdrucks, langsamen Puls, auf abnormes Steigen desselben bei kleinen Anstrengungen (zehnmaligem auf einen Stuhl Steigen oder Bücken usw.), dann namentlich auf die verstärkten Unterschiede zwischen systolischem und diastolischem Druck. Die normalen Zahlen betragen (nach RECKLINGHAUSEN gemessen) Minimaldruck 100 mm Hg, Maximaldruck 160 mm Hg, resp. 140 und 220 cm H_2O. Nach LOEWY soll auch eine deutliche Erhöhung des Blutdruckes in der Temporalis nach einem eine Minute dauernden Vornüberbeugen des Kopfes die Arteriosklerose verraten; nach anderen ist das Zeichen zu unsicher.

Gegenüber der Paralyse, die manchmal auch mit Arteriosklerose verbunden ist, ist der Mangel der körperlichen paralytischen Zeichen, namentlich der Pupillenstarre, die sich hier nie findet, des Wassermann im Blut, des Wassermann, der Pleozythose und der Globulinreaktion im Liquor[1]), der expansiven Wahnideen und der übertriebenen Euphorie ausschlaggebend. Manische Zustände kommen bei arteriosklerotischem Irresein kaum vor. Anatomisch braucht bei der Paralyse keine Verdickung der Gefäßwand zu bestehen, während die Infiltration mit Plasmazellen der Arteriosklerose fremd ist.

Gegenüber der Dementia senilis und Presbyophrenie sind namentlich die Schwankungen im Verlaufe maßgebend und dann das Vorhandensein der Zeichen der Arteriosklerose. Auch die Heredität gibt manchmal Anhaltspunkte. Wenn Umstände, die eine Hirnatrophie begünstigen wie manisch-depressive Konstitution, angeborene Hirnschwäche, Alkoholismus, Herzstörungen fehlen, spricht ein Alter unter 65 Jahren gegen bloße Dementia senilis. Doch ist selbstverständlich, daß die verschiedenen Altersprozesse häufig nebeneinander vorkommen.

Der Altersblödsinn und in noch höherem Grade die Paralyse verändern die Persönlichkeit viel früher und stärker als die Arteriosklerose; die gesamten Funktionen des Gedächtnisses, der Kritik usw. sind geschädigt, während die Arteriosklerose sich wenigstens für lange Zeit mehr in einem „Mosaik von Einzelsymptomen" ausdrückt.

Gegenüber der Hirnsyphilis ist das Fehlen der neurologischen (Augenstörung usw.) und der serologischen Zeichen der Lues ausschlaggebend.

---

[1]) Albuminvermehrung kommt vor, wie es scheint aber nicht Globulinreaktion.

Behandlung. Bei der Unkenntnis der Ursachen können wir nicht viel Prophylaxe gegen die Arteriosklerose treiben. Jedenfalls ist es gut, wenn man Tabak und Alkohol vermeidet. Das ausgesprochene arteriosklerotische Irresein ist aber in vielen Fällen ein dankbares Objekt der Behandlung. Leichte, langsam fortschreitende Störungen bessern sich oft weitgehend, und man hat auch Gelegenheit zu konstatieren, daß das nicht Zufall ist, sondern wirklich Folge der Behandlung.

Sehr oft ist es möglich, die Patienten von allen den psychischen und körperlichen Anstrengungen, die sie nicht ertragen, d. h. die erfahrungsgemäß ihren Zustand verschlimmern, zu befreien. Wenn man nicht weiß, was die Leute vertragen, so muß man vorsichtig probieren. Weder die Psyche noch das Herz sollen überanstrengt werden. Nach Möglichkeit sind die Kranken auch vor affektiven Stürmen zu schützen. Kommt das Herz nicht nach, so ist es vorsichtig zu behandeln (Digalen; eventuell einmal Strophantus usw.; vernünftige Digitalisbehandlung vermehrt kaum die Gefahr der Apoplexie). Gute Erfahrung haben wir auch mit Diuretin in kleinen Dosen, z. B. dreimal 0,5 pro die, gemacht. Angstzustände können auch von der psychischen Seite mit Opiaten bekämpft werden oder mit Herzmitteln zugleich. Sehr oft schafft auch ein Brommittel, namentlich Sedobrol, Beruhigung; man kann es ganz gut mit schwachen Joddosen kombinieren. Jod ist allgemein üblich und hat wahrscheinlich unter Umständen eine gewisse Wirkung auf die Arterienwandung oder doch auf deren Regulierung und, wie man neuerlich annimmt, auch auf die Viskosität des Blutes. Aufnahme von großen Flüssigkeitsmengen und allen aufregenden Substanzen, namentlich Alkohol[1]) ist natürlich zu vermeiden. Man legt auch ein gewisses Gewicht auf vegetabilische Nahrung. Die Beweise, daß das viel nütze, fehlen mir noch.

Besonders wichtig ist die psychische Behandlung, die durch Trost dem ängstlichen Kranken Ruhe schaffen soll.

Unter allen Umständen aber soll man, sobald der Zustand erträglich ist, den Patienten wieder zu beschäftigen suchen. Im Anfang der Krankheit, bevor der Beruf aufgegeben ist, gelingt das meist gar nicht so schwer, indem der Kranke eine verkleinerte Dosis seiner gewöhnlichen Arbeit leistet. Geht das nicht, so muß man ihm eine andere Arbeit suchen, die sein Interesse wach hält. Der Herzkraft angemessene Bewegung im Freien ist natürlich anzuraten. So bekommt man oft für manche Jahre noch ganz erträgliche Zustände. Letzteres ist natürlich auch der Fall, wenn die Arteriosklerose durch eine von ihr unabhängige Involutionsdepression kompliziert war, die mit der Zeit von selbst heilt, nachdem sie das Bild als zu schwer hatte erscheinen lassen.

Eingreifende Prozeduren, etwa hydrotherapeutische, namentlich auch Thermalkuren, sind natürlich zu vermeiden. Um bei ausgesprochener Arteriosklerose die Apoplexie zu verhüten, ist alles fern zu halten, was den Blutdruck und den Blutandrang zum Kopf befördert, namentlich auch heiße Bäder, reichliches Essen und Trinken usw. Die Erfahrung zeigt, daß eine Hirnblutung sich gelegentlich an solche Einflüsse anschließt; doch darf man nicht zuviel von den Vorschriften erwarten.

[1]) „Völlige Alkoholabstinenz ist eine Conditio sine qua non von jeglicher Behandlung". (PILCZ, Wiener med. W. S. 1910, S. 626.)

Bei der arteriosklerotischen Epilepsie kann man neben Brom auch Jod geben. Sie ist aber meist eine unheilbare Krankheit.

Bei Zufällen nach plötzlichen Herderkrankungen ist oft die wichtigste psychiatrische Aufgabe des Hausarztes, sich klare Begriffe von dem Geisteszustand des Patienten zu verschaffen; er hat manchmal über die Testierfähigkeit aktuell oder nachher in foro als Experte oder Zeuge zu entscheiden. Man hüte sich, aphasische und paraphasische Symptome (inkl. Paragraphie) mit Verwirrtheit und Demenz zu verwechseln. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, soll man in allen den Fällen, wo Handlungsfähigkeit in Betracht kommen könnte, sich Mühe geben, sich durch die verschiedensten Verständigungsmittel mit dem Patienten in Beziehung zu setzen. Da Testamente oft erst nach Jahren angegriffen werden, darf man sich die Mühe nicht verdrießen lassen, genaue Notizen zu machen.

Der Altersblödsinn (einfache dementia senilis und Presbyophrenie).

Wenn auch die normale Rückbildung des Gehirns im Anfang der fünfziger Jahre beginnt, so macht sie sich doch gewöhnlich erst im letzten Dezennium der normalen Lebensdauer deutlich bemerkbar. Am frühesten treffen wir meist — bei sehr vielen Leuten allerdings noch vor Ablauf des sechsten Dezenniums — eine gewisse Unfähigkeit, neue Ideen anderer zu assimilieren; man wird passiv neophobisch, auch wenn man noch fähig ist, selbst in beschränktem Maße neue Ideenkombinationen zu schaffen. Nach und nach aber wird die ganze Aufnahmefähigkeit geschwächt; was in der Welt geschieht, interessiert den Greis immer weniger; seine Gedanken ziehen sich egozentrisch auf die näher liegenden Bedürfnisse zurück und zwar in affektiver wie in intellektueller Beziehung. Die Gefühle werden labiler, reagieren auf Kleinigkeiten; leicht treten länger andauernde Verstimmungen ein. Im Verkehr zeigt sich in den einen Fällen Neigung zu leerer Geschwätzigkeit, in anderen zu torpider Einsilbigkeit. Neben übertriebener Suggestibilität fällt eine störrische Unlenksamkeit auf. Das ganze Gedächtnis — nicht bloß die Merkfähigkeit — wird schlechter, zuerst für Namen und dergleichen Leistungen, die auch sonst besonders schwierig sind. Die Unfähigkeit, die neuen Erlebnisse zu verstehen und zu erinnern, die relativ oder absolut leichtere Reproduktion des alten Gedächtnismaterials in Verbindung mit der allgemeinen Eigenschaft, daß angenehm betonte Erinnerungsbilder leichter als unangenehme wieder belebt werden können, macht aus ihnen laudatores temporis acti. Alle psychischen Vorgänge werden mühsamer und langsamer und zwar um so mehr, je komplizierter sie sind. Daß dabei die praktische Leistungsfähigkeit abnimmt, ist selbstverständlich.

Der einfache Altersblödsinn soll nun eine einfache Übertreibung dieser Symptome sein, die sich leise angedeutet oder auch ausgesprochen sozusagen bei jedem Menschen finden, der sein normales Ende durch „Altersschwäche" erreicht.

Oft fällt als krankhaft zuerst eine Charakterveränderung auf manchmal zunächst im Sinne der Karikierung persönlicher Eigentümlichkeiten: Sinn für Ordnung kann zur kleinlichen Pedanterie werden. Festigkeit zu blödem Eigensinn, Vorsicht zu Mißtrauen, haushälterischer

Sinn zu schmutzigem Geiz (WOLLENBERG). Dann kommt wie bei der Paralyse die sogenannte ethische Abstumpfung, die aber auch hier in kombiniertes Produkt der unvollständigen Auffassung und Verarbeiung von Erlebnissen und Ideen ist, und vielleicht schon gleichzeitig die Labilität der Affektivität mit ihrer gesteigerten negativen und positiven Suggestibilität: „der Greis ein Kind“[1]). Manchmal wird der Eintritt les Krankheitsstadiums durch eine sexuelle Erregung markiert. Männer, lie längst impotent waren, „fühlen sich wieder jung“ und begehen unter Umständen geradezu Exzesse. Andere bleiben mehr oder weniger impotent, es nimmt aber die Libido zu.

Dann versagt das Gedächtnis immer mehr und zwar gerade beim infachen Altersblödsinn oft in einer ganz systematischen Weise; je rischer ein Erlebnis, um so schneller wird es vergessen („gemerkt“ kann es noch sein, aber es bleibt nur für kurze Zeit erinnerungsfähig). Zuerst werden unregelmäßig einzelne Erlebnisse der letzten Zeit, die natürlich zugleich die der Krankheit ist, vergessen; dann immer mehr; dann fallen die letzten Jahre teilweise und schließlich ganz aus. Langam wird der Zeitpunkt, bis zu welchem die Erinnerung noch ekphoriert werden kann, zurückgeschoben, und schließlich leben die Kranken nur noch in der Kindheit. Eine Greisin, die in den neunzig Jahren ihres Lebens mehrfach die Wohnung gewechselt, glaubte sich zuerst in der etzten Wohnung, dann in der vorletzten usw., bis sie zuletzt ins Vaterhaus zurückgekehrt war. Eine andere kommt eben aus der Schule. Recht häufig ist es, daß senile Frauen ihren Mädchennamen angeben, glauben, erst kürzlich konfirmiert worden zu sein, und von der Heirat und dem ganzen Leben als Erwachsene gar keine Erinnerung mehr besitzen. Die wichtigsten Ereignisse, den Tod ihres Gatten u. dgl., kann man den Kranken in diesem Stadium innert weniger Minuten mehrfach erzählen, und immer fassen sie die Nachricht wieder als eine neue auf mit der entsprechenden Gefühlsreaktion; sie selber bringen unermüdlich die gleichen Neuigkeiten; sie wissen in schweren Fällen nicht nur nicht, was sie gestern erlebt haben, sondern vergessen alles unter Umständen von einer Minute zur andern. Doch werden manchmal Erlebnisse, die tief an die persönlichen Komplexe rühren, inselartig behalten, so eine ungerechte Beschuldigung oder ein Versuch, von einem geizigen Alten Geld zu erhalten u. dgl. Auch eingeübte Gedankengänge bleiben wie bei der Paralyse manchmal noch relativ gut reproduzierbar.

Lebhafte Naturen füllen die Gedächtnisleere mit spontanen Konfabulationen aus, erzählen phantastische Geschichten, was sie alles getan und erlebt haben; bei torpideren muß man das Symptom durch Fragen hervorlocken. „Ich weiß es nicht“, sagen viele dieser Leute nicht gern, und bringen eine ad hoc erfundene Antwort, an die sie selbst glauben.

Der Ideengang wird stark eingeschränkt, wenn auch die Kritiklosigkeit seltener und später den hohen Grad erreicht wie bei der Paralyse.

In den ersten Jahren suchen die Kranken meist zu handeln wie

---

[1]) Man spricht hier auch von „Puerilismus“, womit die ganze Kindlichkeit in Affektivität und Intelligenz und zugleich auch im Benehmen (die Leute spielen oft wie Kinder) bezeichnet werden soll. Der Ausdruck ist aber deswegen unangenehm, weil das Wort auch für psychogene Zustände gebraucht wird, die (unbewußt) Kindischsein darstellen.

sonst; nur torpide und depressive Fälle geben die aktiven Relationen zur Umgebung auf. Das Handeln wird aber ungeschickt, unstät, schließlich ganz unsinnig. Der Unüberlegtheit wegen lassen sie sich zu dummen Geldanlagen und unangebrachten Schenkungen und Vermächtnissen verführen. Senile sind nicht nur deshalb günstige Objekte für Erbschleicher, weil sie bald sterben, sondern namentlich auch deswegen, weil sie geschickten äußeren Einflüssen gegenüber widerstandslos sind. Nicht selten geht das Attentat auf das Vermögen via Heirat, wozu die erhöhte Sexualität bei manchen Kranken guten Anlaß bietet. In sehr vielen Fällen bleiben die äußeren Formen lange erhalten. Eine mir ganz unbekannte Dame, wegen der ich konsultiert wurde, empfing mich als eine Freundin (obschon sie ganz gut sah), knüpfte mit mir in den gewöhnlichen Phrasen eines Besuches ein lebhaftes Gespräch an, ohne, abgesehen von der Grundfiktion, irgendwie zu entgleisen, fragte, was meine Kinder machen, es freue sie, daß ich endlich wieder einmal gekommen sei, es sei kaltes, aber schönes Wetter usw. Solche Fälle sind typisch.

Die Kranken fühlen sich nirgends mehr wohl, namentlich in der Nacht. Sie geistern planlos oder mit unklaren Vorstellungen oder um nach ihren Sachen zu sehen, mit dem Licht im Hause herum und werden dadurch oft gefährlich. Im letzten Stadium kommen meist eigentliche Delirien, namentlich nächtliche, hinzu; die Leute leben in Halluzinationen, oft in Reproduktionen von Erlebnissen aus der Jugend, aber auch in anderen abenteuerlichen und meist affektbetonten Trugvorstellungen.

Wahrnehmung und Aufmerksamkeit werden im Sinne der organischen Störungen allmählich alteriert.

Die Orientierung wird ziemlich spät gestört, oft zuerst vorübergehend in der Nacht, dann auch am Tag. Die Kranken wissen nicht mehr, welchen Jahrgang wir haben, oft nicht einmal das Jahrhundert, und wenn man ihnen die Jahrzahl gesagt hat, sind sie nicht fähig, ihr Alter, das sie gewöhnlich falsch angeben, auszurechnen, auch wenn sie, wie so oft, ihr Geburtsjahr kennen. Tag und Nacht können sie verwechseln, wenn sie auch häufiger in den nächtlichen Aufregungen an ihre gewöhnlichen Beschäftigungen gehen wollen, als den Tag für die Nacht halten. Manchmal fühlen sich die Leute selbst in einem unklaren Zustand; eine unserer Kranken behauptet seit zwei Jahren, sie sei zu Hause und schlafe; daß sie hier sei und alles, was sie hier erlebe, sei nur ein Traum.

Im letzten Stadium betrifft die Desorientierung auch die einfachsten Situationen. So ist namentlich charakteristisch, wie sich ängstliche Senile, wenn man sie heben oder tragen muß, überall anklammern, an Menschen und Türen und jeden Gegenstand, dessen sie habhaft werden können, wodurch sie natürlich erst die Gefahr schaffen zu fallen.

Die große Mehrzahl der Senilen hat nur diese Grundsymptome; es handelt sich um einen einfachen Altersblödsinn, analog der einfachen Paralyse, der einfach dementen Schizophrenie. Diese Leute kommen aber selten in die Irrenanstalten, sondern man wartet ihren Tod in den Familien und in den Armenhäusern ab.

Nun können aber verschiedene akzessorische Symptome das Bild verändern und oft Anstaltsversorgung nötig machen. Schon unter den einfach Senilen sind die einen mehr torpid, die andern lebhafter. Die

Torpidität kann sich bis zum Stupor steigern, die Lebhaftigkeit bis zu inem Erethismus, der die Kranken in beständiger Tätigkeit mit Rede-lrang kaum mehr zu Ruhe kommen läßt. Die leichten Affektverschie-bungen, die im Senium häufig sind, können sich steigern bis zu melan-cholischen und manischen Zuständen, wovon die ersteren ungemein häufig, lie letzteren ziemlich selten sind (senile Melancholie und Manie). Die Depression ist häufig mit starker Angst gepaart, wenn auch viel-eicht weniger als bei den arteriosklerotischen Formen.

In solchen Affektzuständen werden regelmäßig Wahnideen ge-bildet, je nach dem Gemütszustand Kleinheits- oder Größenwahn. Der etztere ist immer recht matt und erreicht nicht die bunte und phan-astische Größe des paralytischen Wahnes. Bei den depressiven Wahn-ormen tritt meistens der Verarmungswahn hinter den ins Ungeheuer-iche ausgebildeten Versündigungs- und hypochondrischen Ideen zurück. Hierzu kommen oft die für organische Krankheiten spezifischen nihi-istischen und Enormitätsvorstellungen und gelegentlich auch mikro-manische Ideen, indem die Kranken sich selbst oder irgendwelche ihrer Körperteile ganz klein glauben, was ihnen zu Angst und Angstbegrün-lung Anlaß gibt. Die bloße Ideenarmut zeigt sich in folgendem Jammer: „Ich muß so viel Wasser lösen, dann wird die Wärterin den Topf nicht nehr leeren; wie soll es kommen? Ich habe so Brennen, und wenn mir lann die Wärterin kein Wasser gibt? Und wenn diese Jacke schmutzig st, dann schickt man mir nur so dünne."

Recht häufig mischen sich in diese affektiven Wahnideen solche des Mißtrauens, der falschen Eigenbeziehung und der Verfolgung; nament-ich der Wahn, bestohlen zu werden, ist bei den senilen Krank-heiten etwas ganz Gewöhnliches. In manchen Fällen sind die para-noiden Wahnideen allein vorhanden, und wenn die Kranken dabei noch einigermaßen klar sind, so sprechen wir von „seniler Paranoia".

Schon bei den einfachen Formen kommen im letzten Stadium de-iriöse Zustände mit Halluzinationen vor; einzelne Sinnestäuschungen können auch dann und wann früher auffallen; regelmäßig handelt es sich um Gehörs- und auch Gesichtstäuschungen. Halluzinationen des Geruchs und Geschmacks sind selten. Die Kranken sehen und hören traumhafte Vorgänge. Sie leben z. B. in einer früheren Betätigung oder sie beschäf-tigen sich wie Presbyophrene damit, alles durcheinander zu machen, die Betten und alle ihre Sachen zusammenzupacken, um „heim" zu gehen u. dgl. Man spricht auch hier von „Beschäftigungsdelir", doch sieht das Bild in den nicht mit Alkoholismus komplizierten Formen des Alters-blödsinns ganz anders aus als beim Delirium tremens. Bei diesem eine unsichere, komplizierte Scheinhandlung in einzelnen, nicht recht zu-sammenhängenden Stücken — die Kranken glauben, am Biertisch zu sitzen, zu schreiben, zu kutschieren, können aber dabei im Bett auf dem Rücken liegen oder, wenn sie herumgehen, merken sie doch, daß etwas nicht richtig ist — bei den Senilen meist wirkliche Handlungen, wenn sie auch sehr unzweckmäßig aussehen; viele, sogar noch relativ Beson-nene, sammeln unbrauchbares Zeug zusammen; sie gehen auf die Straße, um die Sachen zu suchen, die von den Kindern verschleppt worden sind, „suchen etwas, verwerfen ihr Bett, trennen die Matratze auf, verwühlen das Roßhaar, zerreißen das Leintuch, hüllen sich damit oft in phan-tastisch-unsinniger Weise ein" (FISCHER); sind sie nicht bettlägerig, so

beschäftigen sie sich beständig mit etwas, wobei zwar wenig Verständliches herauskommt, aber immer ein Sinn verfolgt wird. Erst bei vollständigem Verfall kommen die stereotypen Bewegungen, die dem früheren Beruf entsprechende Handlungen skizzieren (Wasch-, Nähbewegungen usw.). Oft werden die Kranken dann auch unrein, nicht bloß aus Sorglosigkeit und Lähmung, sondern sie fangen, wenn nicht genau überwacht, leicht an, mit den Exkrementen zu spielen. Solche Zustände, die in ihren stärkeren Graden als schwere Delirien bezeichnet werden müssen, sind zunächst am häufigsten in der Nacht, oder sie dauern als vorübergehende Erregungen tage- und wochenlang, oder sie bilden schließlich gegen das Ende hin einen chronischen Zustand, der Monate und Jahre anhalten kann.

Andere akzessorische Symptome kommen von lokalen Störungen im Gehirn her, die ja nicht direkt zur Krankheit gehören, aber natürlich häufig als Folge gleichzeitig bestehender Arteriosklerose hinzutreten:

Abb. 11. Schrift eines einfach senil Dementen leichteren Grades mit regelmäßigem mittelschlägigem Zittern. Keine Koordinationsstörung. Der psychische Defekt ist angedeutet in einigen Korrekturen und in dem „*vernhomen*“, in dem das *o* an richtiger Stelle versagte und dann an falscher eingesetzt wurde.

Lähmungen, aphasische, apraktische Störungen. Meist ist auch das Rückenmark mehr oder weniger beteiligt, so daß die Sphinkteren, aber auch die (untern) Extremitäten nicht mehr richtig dirigiert werden.

Sonst sind die körperlichen Symptome zum Teil Grundsymptome, die dem allgemeinen Hirnschwund entsprechen: Ungeschicklichkeit, starrige, kraftlose Bewegungen, schließlich Marasmus. Der Stoffwechsel ist sehr früh verlangsamt, der Appetit liegt oft darnieder, die Schrift wird zitterig und in vielen Fällen auch sonst ungeschickt. Manchmal ist der Tremor ein durchaus regelmäßiger, aber ziemlich grober. Andere Erscheinungen, wie das Einschrumpfen, die Abnahme der Elastizität der Haut, der Greisenbogen der Cornea usw., sind Ausdruck der allgemeinen Abnahme der Vitalität, zu der ja die Hirnatrophie ebenfalls gehört, also Parallelerscheinungen, die allerdings im Verhältnis zur Hirnstörung sehr verschieden stark ausgebildet sein können.

Je nach diesen akzessorischen Symptomen hat man verschiedene Formen herausgehoben.

Sind gar keine akzessorischen Symptome da, so haben wir den Altersblödsinn im engeren Sinne oder die einfache Form der Dementia senilis vor uns. Die Formen mit Affektverschiebungen, die ·enilen Melancholien und Manien, sind wohl die häufigsten unter len Anstaltsfällen. Daß diese Namen nur das akute Bild bezeichnen, ınter dem der Kranke meist zum Arzt kommt, mag nicht so wichtig ein, weil, wie angedeutet, die Verstimmungen auch in der ruhigen Zeit neist noch erkennbar sind.

Die besonnenen Formen mit Wahnbildung und eventuell Halluzinaionen werden als senile Paranoia (oder paranoide Form der Denentia senilis) bezeichnet. Sie sind nicht häufig. Die Leute werden von Nachbarn ausspioniert, schikaniert, namentlich von den Hausgenossen estohlen, finden an allen Orten Beziehungen zu sich, Bestätigung ihrer deen in Stimmen usw.

Man hat auch bei der Dementia senilis wie bei der Paralyse von :atatonieartigen Formen gesprochen, indem stereotype Bewegungen ınd Haltungen, Verbigeration, flexibilitas cerea, Stupor, Echolalie aufreten können. Viele dieser Fälle sind, wie die Anamnese und andere ymptome ergeben, unzweifelhaft senil gewordene (latente) Schizophreien. Bei andern erweisen sich die Stereotypien meist als Reste gewohnter Bewegungen (am Schnurrbart drehen, Kratzen); was als Verbigeration mponiert, ist oft deutlich nichts als der beständige Ausdruck des nämichen Gefühls, das den Kranken immer beherrscht: „Ach Gott, hilf mir!“ der organische Perseveration, bei der die Kranken etwas anderes sagen vollen, aber immer wieder in die einmal betretene Bahn entgleisen. Die Echolalie kann eine organische Störung sein, die wohl etwas anders edingt ist als bei der Schizophrenie. Wir wissen aber noch nicht genug ınd können namentlich diese regelmäßig sehr schwer verblödeten Kranen nur ungenügend analysieren, um in concreto eine strikte Untercheidung zwischen schizophrenen und organisch-katatonieartigen Symtomen zu machen.

Nach den einen ein besonderes Krankheitsbild, nach den andern ine Variation der Dementia senilis ist die Presbyophrenie, deren Umschreibung allerdings nach den Autoren und sogar beim nämlichen Autor zu verschiedenen Zeiten nicht wenig wechselt. Nach dem akuellen Stand der Frage nennt man am besten ein Krankheitsbild Presyophrenie, das in seinen typischen Fällen recht gut charakterisiert ist: ie allgemeinen Zeichen der Dementia senilis sind immer vorhanden; ußerdem aber besteht eine eigenartige Erregung und eine Alteration des Denkens, die über die gewöhnliche senile Störung hinausgeht. Die Kranen sind immer in einer Scheintätigkeit; so lange sie gehen und sich venigstens in der nächsten Umgebung orientieren können, wird beständig erumgekramt, die Dinge werden verstellt, an einen anderen Ort hinetragen, überall wird etwas nachgesehen, alles, ohne daß dabei in Wirkchkeit etwas geleistet würde. Sind die Kranken schwächer, so können ie nicht ordentlich im Bett liegen; sie sind auch da in Beschäftigung, itzen schief und quer, strecken die Beine aus dem Bett; mit unsicheren, ber eifrigen Bewegungen werden die Bettstücke durcheinander gezogen, usammengedreht, in unordentliche Bündel verwickelt oder auch nur

bewegt und aneinander gerieben (der Patient „wäscht"). Bei gutem affektivem Rapport mit der Umgebung werden die Personen und Örtlichkeiten und Situationen und Zeiten ebenso durcheinander gewurstelt wie die Bettstücke. So lange die Kranken reden können, besteht eine gewisse Schwatzhaftigkeit, hinter der aber keine Ideenflucht steckt, wenn nicht ausnahmsweise etwas Manisches hinzukommt; immerhin verlieren sie schon wegen der Gedächtnisschwäche leicht den Faden. Zum großen Teil bekommen sie eine besondere Art Sprachstörung, indem sie zeitweise die Worte nicht mehr finden oder versetzen, wiederholen, verstümmeln, auf einzelnen dazu gehörigen und nicht dazu gehörigen Silben perseverieren, Alliterationen und Permutationen fabrizieren, logoklonieren usw., zu gleicher Zeit aber, wenigstens im Anfang und auf Stimulation hin, ganz richtige Antworten geben.



Abb. 12. „Waschende" Presbyophrene. Trotz des blöden Gesichtes sieht man den Eifer in der Tätigkeit. Leider ist auf der Abbildung die Folge der Beschäftigung, die Unordnung im Bette, nicht zu sehen.

Ein Beispiel aus FISCHER[1]) veranschaulicht das am besten: „Mutter Gottes, Jungfrau Maria, unser Herr, unser derr, dunser derr, derr, derr, derr, de — de — de — de — Ach, jetzt hören zu, gesegnete Frucht deines Leibes, gib uns heute euer unser unserrer, heiligen Maria bitte für serunser, damit wir viel... Unser Herr, unser derr, sacheneschese poseneschese damit wir viel machen. Komm her du Lausbub komeschesche jetbischesche heiligst unser Herr, du Lausbub, du bist unter den Frauen, die Frucht deines Leibes, Jesus no ja, das ist der große, du aber denkesest heiligster unser Herr, unser Herr, no und hier ist doch doch sich sich geheiligt aber für die Sündigen fällst du und heiligst du alle Sünden und Missetaten unser Herr unser Herr gemacht verheißen und Frucht deines Leibes, no er hat das gegeben immer..."

Nicht selten sind bei der Presbyophrenie typische epileptiforme Anfälle. Halluzinationen und Wahnideen, über die man allerdings nicht leicht genauere Auskunft erhält, bestehen häufig, sind aber durchaus nicht nötig, um diese eigenartige Verwirrung zu begründen.

Regelmäßig und in besonders großer Anzahl findet man in den so abgegrenzten Fällen im Gehirn die FISCHERschen Drusen (Sphärotrichie), deren Bedeutung noch nicht klar ist (s. unten, Anatomie). In den anderen Formen kommen sie selten vor, so daß das Krankheitsbild bis zu einem gewissen Grade auch anatomisch zusammengehalten wird.

KAHLBAUM, der den Namen Presbyophrenie geschaffen hat, verstand darunter die Alterspsychosen; WERNICKE machte daraus ein Krankheitsbild, daß er symptomatologisch mit dem Korsakow identifizierte, so daß der Begriff ungefähr einer „einfach senilen Demenz" mit Ausschluß der torpiden Formen entsprach. KRAEPELIN verlangte dann relatives Erhaltenbleiben der Ordnung des Gedankenganges und sogar des Urteils, ohne sich strikte an diese Bestimmung zu halten. FISCHER fand etwas später bei seiner anatomischen Sphärotrichie ein bestimmtes Krankheitsbild, das er auch dem Korsakow parallelisierte, das aber in vielen seiner Fälle durch weit stärkere Alteration des Denkens über den Korsakow hinausgehe, und das zum Teil dem oben geschilderten entsprach. Schließlich aber wurde ihm pr-

[1]) Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 12, 1912, S. 125.

ıyophrene Verblödung so ziemlich jede Dementia senilis, die in erheblicher Weise lurch akzessorische Symptome gefärbt ist, so die melancholischen, manischen, ıaranoischen und katatonieartigen Formen (alles mit Ausnahme seiner „arterioklerotischen pseudopresbyophrenen Verblödung"), die etwa unserem erethischen rteriosklerotischen Irresein entsprechen.

Für seine Ansicht kann der Autor ein ziemlich großes Material ins Feld führen.)och gibt es Ausnahmen: Solche Fälle ohne Drusen und umgekehrt Drusenfälle, ie klinisch nicht diesen Charakter tragen; ja es gibt Fälle, die nur während eines ewissen Stadiums als Presbyophrenien imponieren, zu anderen Zeiten aber als infacher Altersblödsinn in die Erscheinung treten. KRAEPELIN, SPIELMEYER, IMCHOWICZ sind deswegen der Ansicht, daß es sich bei der Presbyophrenie anaomisch und klinisch nicht um eine Krankheit sui generis handle, sondern um ualitative und quantitative Eigentümlichkeiten des gewöhnlichen senilen Proesses. Nach SIOG wäre der Sachverhalt folgender: Die Fälle mit Drusen, also die resbyophrenen, sind die erethischen mit starker Verwirrtheit und Orientierungs- :örung und Schlafstörung und epileptischen Anfällen; dazu gehören auch viele :ranke mit Affektverschiebung, also manche der senilen Melancholien und Manien. .ndere der letzteren sind Mischungen der Dementia senilis mit manisch-depresvem Irresein, doch mag auch der senile Prozeß wie der paralytische Anlaß zu erartigen Verstimmungen direkt geben. Die Formen mit katatonischem Chaıkter sind senile Äußerungen auf vorher bestehender latenter Schizophrenie.

Man kann noch keine sichere Stellung zu diesen Hypothesen nehmen; jedenılls sind die Drusen mehr mit erethischen, schwer desorientierten und sprachestörten Formen verbunden, und jedenfalls gibt es noch keine scharfen Trennungs- :ichen, die erlauben, die Krankheitsbilder anders als mit Wahrscheinlichkeit dem natomischen Bilde zu parallelisieren. Wir finden auch bei verdrusten Gehirnen :hr häufig Sklerose der größeren Gefäße.

Vorläufig nicht zu trennen von FISCHERS Presbyophrenie ist die ALZHEIMER- :he Krankheit, bei der es sich um eine früh beginnende Verblödung im Sinne er verwirrten Presbyophrenie handelt, die aber in wenigen Jahren zu einer besoners hochgradigen Verblödung mit aphasischen, agnostischen und apraktischen ymptomen und schließlich zum Tode führt. Sie kann ausnahmsweise schon in den ierziger Jahren ausbrechen. Der anatomische Befund entspricht qualitativ ziemch der Presbyophrenie, ist aber sehr intensiv: Allgemeine Hirndegeneration mit ibrillenzerstörungen und zahlreichen Drusen.

KRAEPELIN zählt dann zum Altersblödsinn eine senile Hirnverödung, eruhend auf Arteriosklerose der feineren Gefäße, wodurch natürlich grobe Hirnymptome zu der Verblödung hinzukommen. Ich weiß nicht recht, warum diese orm nicht dem arteriosklerotischen Irresein zugeteilt wird; die allgemeine Atrophie ·hlt ja auch bei diesem nie.

Der Verlauf der einfachen Dementia senilis ist meist ein sehr ıngsamer; er kann sich über mehr als ein Jahrzehnt erstrecken. Ganz llmählich beginnt die Schwäche; nicht einmal das Jahr, wann die Seniliit in Krankheit übergegangen ist, läßt sich regelmäßig bestimmen. 'nter kleineren Schwankungen nehmen die Verblödung und die körperche Schwäche allmählich zu; weitgehende Remissionen sind hier nicht ı erwarten.

Auch die paranoiden Formen mit voller Besonnenheit verlaufen ıeistens sehr chronisch, unterliegen aber in bezug auf die Wahnideen :was stärkeren und häufigeren Schwankungen, so daß manchmal recht :trägliche Zustände mit fast deliriösen abwechseln können.

Presbyophrene Schübe mit voller Verwirrtheit können sehr früh uftreten und unter Umständen nach einigen Wochen oder Monaten erschwinden, so daß z. B. WERNICKE von Heilungen sprechen mag. 's sind aber, wenn auch die Patienten nicht bald sterben, neue und efinitive Exazerbationen zu erwarten.

Die senilen Manien und Melancholien können abheilen, die Manien :cht oft, die Melancholien seltener. Doch neigen auch viele von den

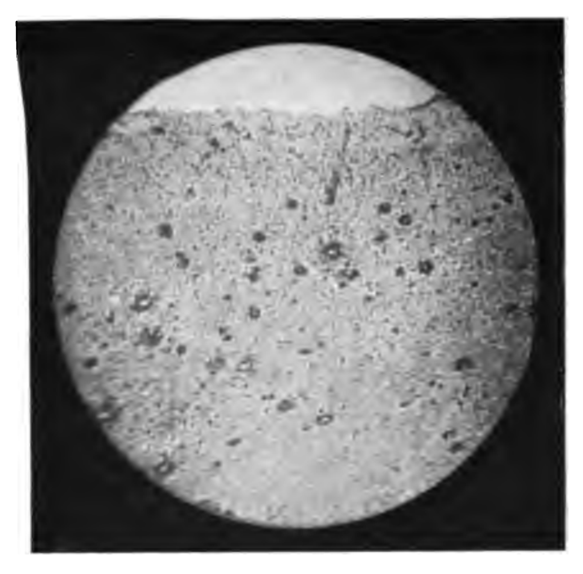


Abb. 14. Presbyophrenie. Drusen in der Hirnrinde.



Abb. 13. **Pyramidenzelle bei einfacher Dementia senilis. Die wohl erhaltenen (im Präparat klareren) Fibrillen bilden ein Netz um die Fetttröpfchen, die einen Teil der Zelle ausfüllen und hervorwölben.**

letzteren zu **allmählicher** Besserung. **Es bleibt** dann aber die senile **Verblödung**, wenn auch oft auffallend gering an Stärke. Wie bei der **Paralyse** tendieren aber die affektiven Formen zu einer **dauernden Verschiebung** des Affektes, indem nach Ablauf des Sturmes eine leichtere **euphorische** oder **depressive** Stimmung bleibt. Die senile **Melancholie** kann sogar **jahrelang**, bis zum Tode, sich auf der nämlichen Höhe der melancholischen Verstimmung halten.

Abb. 15. Presbyophrenie. Drusen. Stärkere Vergrößerung.

Die presbyophrenen Formen erschöpfen sich meist innerhalb ein bis zwei Jahren, oft schon nach wenigen Monaten, nachdem die Krankheit manifest geworden ist. Je akuter die Fälle, um so eher sind Schwankungen zu erwarten; manche der langsameren verlaufen vollständig gradlinig bis zum Tod.

A n a t o m i s c h erweist sich die Altersverblödung als eine d i f f u s e R e d u k t i o n der ganzen Nervenzentren: Die Windungen sind wie bei der Paralyse verschmälert, an der Oberfläche uneben; die Ventrikel erweitert, das ganze Gehirn ist beim Tode ebenso stark wie bei der Arteriosklerose verkleinert.

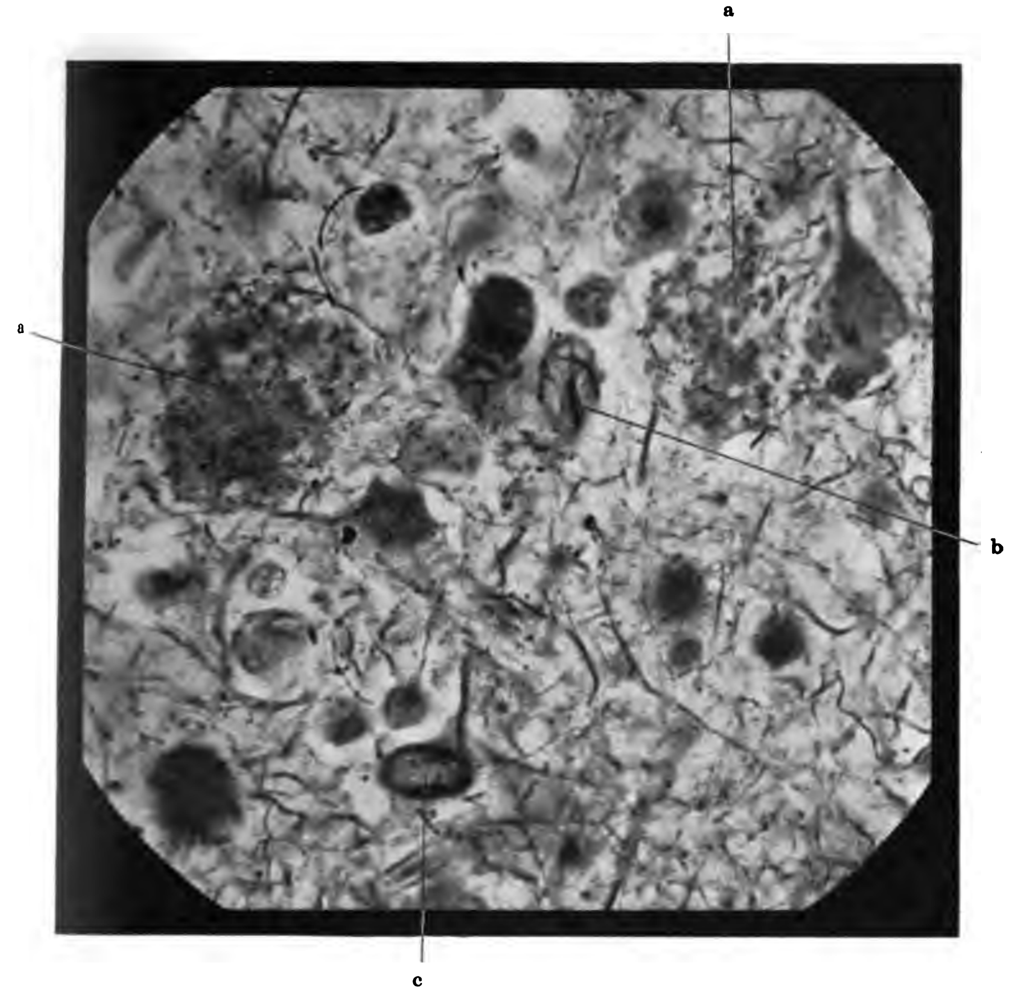


Abb. 16. Hirnrinde bei Presbyophrenie. a. Durchschnitte von großen Drusen. b. Degenerierte zusammengebackene Fibrillen. c. Zu einem schlingenförmigen Seil zusammengeklebte Fibrillen als Rest einer Ganglienzelle.



Abb. 17. Normale Rindenzelle. Fibrillenfärbung.

Die Pia ist getrübt, aber kaum eigentlich verwachsen, ebensowenig infiltriert.

Die Ganglienzellen verschwinden auf verschiedene Arten. Sie lösen sich auf, degenerieren fettig oder pigmentig; es bilden sich Vacuolen in ihnen. Die Glia hypertrophiert, aber mehr an Zahl der Elemente, als an Stärke derselben; zum Unterschied von der Paralyse bleiben die Zellen meist relativ klein und zart, die Fasern dünn; Mitosen sieht man selten (außer in akuten Herden). Dabei finden sich natürlich Abbauzellen und Abbauprodukte.

Die Bedeutung der Drusen (FISCHERschen Sphärotrichie „senile Plaques“ SIMCHOWICZ') ist noch in

keiner Weise klar. Es handelt sich um Gebilde, die fädig erscheinen oder sich zu Klumpen zusammenballen, nervöse und gliöse Elemente in verändertem Zustande einschließen; sie bilden meist Konglomerate, die eine Ganglienzelle an Größe stark übertreffen können, und sind überall im Gehirn zerstreut.

Bei einem großen Teil dieser Drusenfälle sieht man eine starke Erkrankung der Fibrillen, die beim gewöhnlichen Altersblödsinn nicht zu sehen ist. Die Fibrillen quellen auf, sintern zu unregelmäßiger Formen zusammen. Manchmal, z. B. bei der Alzheimerschen Krankheit, bilden sie sonderbare, zusammengeknäuelte Bündel.

Die „senile Arteriosklerose" soll hauptsächlich die von der Pia in die Rinde gehenden Gefäße betreffen, die sich durch Zellproliferation langsam verschließen. So gehören weder Blutungen noch Erweichungen dem Bilde an, sondern es entsteht eine diffuse Hirnverödung.

Die Ursachen des Altersblödsinnes sind noch ganz dunkel, jedenfalls ist hereditäre Anlage dabei beteiligt. Das Maximum der Krankheit liegt im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Die Krankheit befällt beide Geschlechter ungefähr gleich.

Frühes Versagen der trophischen Energie des Gehirns ist bei Idioten und Imbezillen etwas häufiger; Fälle, wo die Hirnatrophie in den vierziger Jahren mit klaren Symptomen einsetzte, habe ich mehrfach gesehen.

Binswanger kennt eine Dementia praesenilis, wo Leute, die vorher in geistiger Beziehung unfertig waren, in den fünfziger, ausnahmsweise schon in den vierziger Jahren, zu der Arbeit immer unfähiger werden und gemütlich scheinbar abstumpfen. Es handelt sich offenbar um ähnliche Beobachtungen.

Auch die Alkoholvergiftung führt zu vorzeitiger Atrophie des Gehirns; und wenn sich auch diese Formen wenigstens im Anfang deutlich durch die leichtfertige Euphorie und die rasche psychische Beweglichkeit des Alkoholikers auszeichnen, so verschwinden diese Symptome später oder werden durch die Entwicklung der Senilität überkompensiert, so daß die Krankheit in späteren Stadien von der gewöhnlichen senilen Demenz nicht mehr zu unterscheiden ist. Forel nannte diesen Typus Dementia alcoholico-senilis.

Zu früher Hirnatrophie mit oder ohne Arteriosklerose neigen auch die Manisch-depressiven, die manchmal deshalb in den Anstalten hängen bleiben, weil senile Symptome auch die ruhigen Zwischenzeiten zu pathologischen stempeln.

Vielleicht können auch Herzkrankheiten an den Ernährungsstörungen des Gehirns schuld sein.

Anlaß zum Ausbruch geben nicht selten akute schwächende Krankheiten, Pleuritis, Schenkelhalsbruch u. dgl.

Differentialdiagnose. Das Schwierigste bei der Diagnose ist die Abgrenzung gegenüber dem „normalen" Senium. Es ist oft willkürlich, wo man die Grenze ziehen will. Für forensische Zwecke wird man sich an die praktischen Momente halten; ein Großkaufmann ist ceteris paribus bei geringeren Störungen krankhaft und handlungsunfähig zu erklären als ein Tagelöhner. Ja unter seltenen Umständen werden uns ein paar unschuldige Wahnideen noch nicht veranlassen, den Patienten praktisch als geisteskrank zu erklären, während natürlich im medizinischen Sinne alle solchen Fälle, gerade wie die mit erheblichen Affektverschiebungen, krankhaft sind.

Vom arteriosklerotischen Irresein unterscheidet die Krankheit der Mangel an arteriosklerotischen und lokalen Erscheinungen, das allgemeinere Ergriffensein aller Funktionen, die größere Stetigkeit des Verlaufs. Die Häufigkeit der Kombination beider Krankheiten kann aber Schwierigkeiten bereiten, glücklicherweise meist nur theoretische.

Die presbyophrenen Delirien werden oft den alkoholischen Delirien verglichen. Zum Teil werden sie durch begleitenden Alkoholismus so gefärbt. Meist aber handelt es sich gewiß um ungenügende Unterscheidung. Delirien mit Gesichtshalluzination sind noch keine Alkoholdelirien. Um diese Diagnose zu machen, müssen alle oder doch die meisten Symptome charakteristisch sein. Vor allem aber ist der Bewußtseinszustand und die Reaktionsgeschwindigkeit in beiden Krankheiten so verschieden, daß man meist auf den ersten Blick die Diagnose macht: Der Alkoholiker läßt sich viel leichter wecken und hat rasche Auffassung und rasche Reaktionen; der senil Verwirrte bekommt selten einen richtigen Kontakt mit der Umgebung und faßt langsam auf. Vielleicht läßt sich auch der gemütliche Rapport, der beim noch so verwirrten Senilen selten ganz fehlt, beim verwirrten Alkoholiker aber mangelhaft ist, zur Diagnose verwenden. Den Unterschied vom presbyophrenen Beschäftigungseifer und dem alkoholischen Beschäftigungsdelir muß man gesehen haben, um ihn gleich zu erkennen.

Auch vom alkoholischen Korsakow unterscheidet das senile Delirium namentlich die prompte Reaktionsfähigkeit, die Stimmung, häufig auch das Alter.

Die melancholischen und manischen Zustände erkennt man als senile an den organischen Zeichen der Krankheit, der Labilität der Affekte, dem Unsinn der Wahnideen usw. Manchmal wird die Schwäche des Gedächtnisses dadurch enthüllt, daß die Affekte abnormen Einfluß auf dasselbe ausüben. Ein Melancholiker im beginnenden Senium, dessen Gedächtnis sonst noch ganz intakt scheint, und der auch noch ziemlich weitgehend arbeitsfähig ist, kann dadurch auffallen, daß er alle angenehmen Erlebnisse vergißt (nicht absperrt), während er die seiner Stimmung entsprechenden noch gut behält.

Behandlung. Für die Prophylaxe des Altersblödsinns wissen wir nichts zu tun, als die gewöhnlichen Nervenschädigungen, vor allem den Alkohol, zu meiden. Außerdem soll der Arzt sich hüten, Gelegenheitsursachen zu schaffen. Alte Leute mit Schenkelhalsbruch soll man, wenn immer möglich, nicht lange ans Bett fesseln u. dgl.

Die ausgebrochene Krankheit läßt sich natürlich nicht heilen. Symptomatologisch ist auf die allgemeinen Grundsätze der Therapie der senilen Psychosen (s. S. 252) zu verweisen.

VIII. Thyreogene Psychosen.

Psychosen bei Basedowscher Krankheit.

Die Basedowsche Krankheit ist nicht selten von Psychosen begleitet, die indessen keine einheitliche Fazies haben. Hysterien begleiten oft das Grundleiden, und die häufig vorhandenen neurasthenieähnlichen Syndrome können so schwer werden, daß die Energielähmung den Charakter einer Psychose annimmt. Außerdem kommen Depressionen mit Angstzuständen und leichtere Manien vor. Am

häufigsten aber sind wohl chronische, der Katatonie ähnliche Zustände mit starken Aufregungen, Dissoziation der Gedanken, konfusen, manchmal symbolisierten Wahnideen, Halluzinationen des Gehörs und Gesichts, eventuell auch des Geruchs und des Geschmacks, vielleicht sogar der Körperempfindungen. Ich kann sie weder in den Beschreibungen, noch in den wenigen Fällen, die ich selbst gesehen, sicher von katatonischen Zuständen unterscheiden, da die Differenz bloß in dem Fehlen ausgesprochen schizophrener Färbung besteht. Die Affektivität bleibt lebhafter, der Gedankengang ist nicht so zerrissen, katatonische Symptome sind selten oder dann nicht ausgesprochen usw. All das kann bei Kranken, die keinen Basedow haben und nach Jahr und Tag in typisch schizophrener Weise verblöden, auch vorkommen.

Die hysterischen und neurasthenischen Syndrome bessern sich wieder, meist mit dem Basedow. Die depressiven und manischen Formen können auch sonst vorübergehen und begleiten selten die ganze Krankheit, obschon natürlich Verstimmungen irgendwelcher Art kaum je fehlen. Die katatonieartige Form scheint zwar besserungsfähig, braucht aber gar nicht zu schwanken und wird leicht unheilbar.

Die Behandlung ist kausal die des Basedow, symptomatisch die des speziellen psychischen Syndroms.

Das Myxödem
(Cachexia strumipriva).

Wenn die Thyreoidea total herausgeschnitten oder durch eine Krankheit anatomisch oder funktionell stark geschädigt wird, so entsteht ein ganz bestimmtes körperliches und psychisches Symptomenbild. Das Unterhautzellgewebe wuchert und degeneriert in spezifischer Form. So wird die Haut überall, namentlich aber im Gesicht, an den Hand- und Fußrücken dick, wulstig, sogar Nase und Zunge werden massiger. Das Gesicht wird dadurch plump. Fingerdruck hinterläßt keine Delle wie beim gewöhnlichen Ödem. Die Haut bekommt eine schmutzige Blässe; sie wird trocken, schuppt leicht; die Haare am Kopf, namentlich aber am Körper, fallen aus; auch die Zähne werden brüchig oder fallen aus; die Extremitäten werden kalt; die Körpertemperatur sinkt unter die Norm; der Puls wird langsam, schwach.

Alle Bewegungen werden langsam, auch die Mimik; dadurch wird der Ausdruck des Gesichtes noch stupider. Feinere Bewegungen werden unter Umständen auch koordinatorisch gestört, so das Schreiben. Die Stimme wird kratzend. Die Muskelkraft wird vermindert, die Sensibilität abgestumpft; manchmal entsteht direkte Gehörschwäche. Parästhesien kommen sehr leicht hinzu, namentlich Kopfweh, dann Empfindung von Eingeschlafensein der Glieder.

Das wesentliche psychische Symptom ist die Verlangsamung aller Prozesse, des Denkens, der Entschlüsse und dann besonders der Umsetzung der letztern in Bewegungen; auch ganz einfache Funktionen können ein Vielfaches der normalen Zeit verlangen, Hände auf den Nacken legen, z. B. 45 Sekunden (Wagner von Jauregg). Das Gedächtnis für frische Ereignisse wird schlecht. Die Patienten bemerken ihre Insuffizienz und sind deshalb in der Stimmung gedrückt; gelegentlich kommen eigentliche Depressionen vor, doch bleiben die andern Affekte deutlich erhalten. Manchmal kommt Unzufriedenheit und Mißtrauen hinzu, das sich bis zu Wahnideen steigern kann. In schweren Fällen treten auch noch Illusionen und Halluzinationen des Gehörs, Gesichts, Geruchs und Geschmacks auf, unter Umständen sogar Zwangszustände. Die schwersten Fälle gehen schließlich in halluzinatorische Verwirrtheit über; zugleich nehmen die Körperkräfte ab, und die Kranken sterben, oft unter Konvulsionen.

Therapie. Durch dauernde Gaben von Thyreoidea, am besten in den käuflichen Tabletten, können die Symptome vollständig zum Verschwinden gebracht werden. Man gibt zunächst 0,1 bis 0,3 g. Drüse pro die, achte aber sehr auf den Kräftezustand und auf das Herz. Wenn nötig, kann man die Dose steigern. Ist die Krankheit beseitigt, so versucht man das wirksame Minimum der Dosis herauszufinden.

Der endemische und der sporadische Kretinismus.

Fehlt die Schilddrüse schon in der Kindheit oder funktioniert sie ungenügend, so bildet sich eine bestimmte Art von Idiotie aus. Die Kinder bleiben schwerfällig, auf psychischem wie auf körperlichem Gebiete; im Denken und Bewegen sind sie langsam und ungeschickt. Die Initiative ist vermindert, mangelt in hochgradigen Fällen nahezu ganz. Die Kranken haben aber Gemüt, bleiben gutmütig, wenn auch manchmal eigensinnig. Eine gewisse Furchtsamkeit ist bei den meisten nachweisbar und mit ein Grund, warum die Kinder spät laufen lernen; aber auch das Sprechen wird behindert. Der Intelligenzdefekt ist für unser jetziges Wissen nicht charakteristisch, gegenüber anderen Formen von Oligophrenie, von der sie eine kausale Unterabteilung bilden. Näheres ist also im Abschnitt XVII mit enthalten. Die Kranken haben zu wenig Assoziationen, keine genügende Übersicht; während des ganzen Lebens machen sie den Eindruck nicht-intelligenter Kinder. Wegen ihrer Ungeschicklichkeit und ihres Mangels an Initiative können sie nur leichtere Arbeiten verrichten. Das Gedächtnis bleibt gut, so weit die Patienten die Ereignisse um sich aufgefaßt haben. Sie lieben und fürchten und hassen gestützt auf Erfahrung. So hat man ein recht gutes affektives Verhältnis zu ihnen. Der Sexualtrieb ist in den höheren Graden schwach oder null. In einzelnen Fällen kommen Mißtrauen, Verfolgungswahn, Halluzinationen hinzu, doch sind solche akzessorische Psychosen, die meist chronischen Charakter tragen, gar nicht häufig.



Abb. 18. Kretine. 30 Jahre alt. Größe 112 cm.

Auf körperlichem Gebiete fällt vor allem auf ihre Kleinheit. Einzelne bleiben unter einem Meter. An der Anomalie nehmen Rumpf und Extremitäten in ungefähr gleicher Weise teil, wenn auch die Extremitäten manchmal besonders kurz scheinen. Die Schädel- und Ge-

sichtsbildung ist charakteristisch. Die Schädelbasis bleibt kurz, die Nasenwurzel ist tief und breit, die Nase sehr kurz, manchmal ist die Länge geringer als die Breite. Das Siebbein ist auffallend breit, wodurch auch die Distanz zwischen beiden Augen groß wird. Der Oberkiefer bleibt kurz. Die Haut trägt in der Jugend alle Anzeichen des Myxödems (vgl. vorigen Abschnitt). WAGNER von JAUREGG und SCHLAGENHAUFER fanden im Unterhautzellgewebe eine Substanz mit besonderer



Abb. 19. Zwei Kretinen im Profil.
Größe 118 (links) und 120 cm (rechts). 20 und 39 Jahre alt.

derer Färbbarkeit, die im übrigen noch nicht untersucht ist. Im dritten, vierten Lebensjahrzehnt verschwindet häufig, aber nicht immer, das Myxödem, die Haut wird dann runzelig. Die Genitalien, sowie die sekundären Sexualmerkmale entwickeln sich anatomisch und funktionell spät oder bleiben ganz auf kindlicher Stufe; die Menstruation kann ausbleiben; bei Männern bleibt der Bart spärlich oder fehlt sogar meistens ganz; die Stimme ist rauh, kratzend. In vielen Fällen besteht Schwer-

hörigkeit oder Taubheit, teils vom Mittelohr aus, teils aber auch labyrinthäre. Beim endemischen Kretinismus sind die athyreoiden Zeichen im Durchschnitt weniger ausgesprochen; namentlich ist die Kleinheit weniger extrem. Die Hypophyse ist in manchen Fällen vergrößert, doch nicht immer. Meistens findet sich ein mehr oder weniger großer Kropf; in selteneren Fällen ist die Thyreoidea verkleinert, sie kann sogar ganz fehlen. Letzteres ist das Gewöhnliche beim „sporadischen Kretinismus".



Abb. 20. Stark myxödematöse Kretine. 44 Jahre alt. Größe 99 cm.

Nach den Graden und den relativen Verhältnissen der einzelnen Fälle mag man verschiedene Formen unterscheiden. Extreme sind die bloß körperlichen Kretinen, die bloß psychischen, die bloß taubstummen und dann diejenigen, in denen alle drei Symptomengruppen gleich stark ausgeprägt sind. Die bloß Taubstummen rechnet man gewöhnlich nicht zu den Kretinen, obschon sie nach allem, was wir wissen, dazu gehören; es ist indes unmöglich, sie im einzelnen Falle von andern angeborenen Formen von Taubheit abzugrenzen. Nach dem Grade spricht man von Vollkretinen, Halbkretinen und Kretinoiden oder Kretinösen.

Verlauf. Im ersten und auch im zweiten Jahr ist in den meisten Fällen die Krankheit noch nicht deutlich; doch gibt es auch angeborene Fälle. In wenigen Jahren aber ist die Krankheit ausgesprochen, und nachher verändern sich die Patienten weder körperlich noch psychisch stark. Sie bleiben psychisch Kinder, und die körperlichen Anhaltspunkte das Alter zu schätzen, verlieren sich in hohem Maße. Die größte Änderung ist der Schwund des Myxödems in den leichteren Fällen. Sie sind gegen andere Krankheiten ziemlich schlecht bewehrt und erreichen selten ein hohes Alter. Manchmal tritt die Hirnatrophie mit den Symptomen der Dementia senilis sehr frühe ein; ich konnte sie schon in den vierziger Jahren diagnostizieren.



Abb. 21. Kretine mit Erregungszuständen, meist gereizt. Daher der (für eine Kretine seltene) schnöde, herausfordernde Gesichtsausdruck. Konnte nur grunzen, hat aber jahrzehntelang so ziemlich alle neuen Anstaltsärzte mit fingierten Krankheiten (Kratzwunden u. a.) zum besten gehalten. Bedürfnis nach Pflege und Heraushebung der eigenen Persönlichkeit.

Pathologie. Es ist kein Zweifel, daß ein Teil der Symptome des Kretinismus, namentlich die körperlichen, Folge der Hypo- oder Afunktion der Thyreoidea ist. Das Myxödem ist identisch mit den gleichen Erscheinungen bei Athyreoidismus. Beim sporadischen Kretinismus fehlt die Thyreoidea gewöhnlich ganz oder

sie ist nur in Rudimenten vorhanden. Endemischer Kretinismus kommt nur in Kropfgegenden vor. Durch Thyreoideamedikation kann man alle Erscheinungen bessern. Auffallend ist anderseits, daß die psychischen Symptome durchaus nicht parallel mit den körperlichen gehen. Es gibt körperliche Kretinen, und sogar recht hochgradige, welche psychisch noch gut entwickelt sind. Auch treffen wir in Kropfgegenden Imbezille, welche den psychischen Charakter des Kretinismus aufweisen, aber körperlich ordentlich entwickelt sind. Schwerhörigkeit und Taubheit, die beim endemischen Kretinismus mindestens die Hälfte der Patienten befallen, fehlen bei anderen Formen von Athyreoidismus, sind aber in Kropfländern auch bei der nicht kretinischen Bevölkerung häufig. Es ist also zwischen Kropf und psychischem Kretinismus und Schwerhörigkeit noch ein ätiologisches Zwischenglied, oder neben dem Kropf ist noch eine weitere Ursache zu vermuten, oder die beiden Erscheinungen entstehen parallel auf einer gemeinsamen Ursache. WAGNER VON JAUREGG nimmt an, daß nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Funktionsstörung der Thyreoidea mitspreche.

Das Zurückbleiben des Knochenwachstums ist im Zusammenhang mit sehr später Verknöcherung der Diaphysenknorpel (bis ins vierte Dezennium) und langem Offenbleiben der Fontanelle.

Die Ursachen des endemischen Kretinismus sind uns wie diejenigen des Kropfes noch nicht bekannt. Es besteht ja irgend ein Zusammenhang mit dem Trinkwasser; was für einer aber, das wissen wir nicht. Wahrscheinlich spielen auch noch andere Momente mit. Allgemeine Verbesserung der sozialen und hygienischen Verhältnisse bringt regelmäßig ohne sonstige Änderungen auch eine Verminderung des Kretinismus mit sich. Durch Schüler SILBERSCHMIDTs ist sicher nachgewiesen, daß BIRCHERs Theorie von der Bedeutung bestimmter geologischer Formationen nicht richtig ist.

Der sporadische Kretinismus hat wohl verschiedene aber nicht genauer bekannte Ursachen. Meistens ist der Athyreoidismus angeboren; die Schilddrüse kann aber auch nachträglich geschädigt werden, z. B. durch Infektionskrankheiten. Er kann überall vorkommen, ist aber offenbar an einzelnen Orten, z. B. in England, besonders häufig. In Kretinengegenden ist er kaum zu diagnostizieren.

Die Differentialdiagnose ist in den ausgesprochenen Fällen sehr leicht; wer einmal einen Kretinen gesehen hat, kann den Typus immer wieder erkennen. Früher hat man den Begriff unklarer und weiter gefaßt und auch andere Formen von Idiotie mit körperlicher Mißgestaltung dazu gerechnet. Die Mongoloiden, die auch eine breite Nasenwurzel haben, sind in der Jugend etwa mit leichten Fällen von Kretinismus zu verwechseln; doch hat ihr Fettpolster einen anderen Charakter als das Myxödem. Später werden sie zum Unterschied von den Kretinen sehr lebhaft. Nanosomie, Nanismus ist ein Kleinbleiben des ganzen Körpers, ohne starke Veränderung der Proportionen und an sich ohne begleitende Idiotie; bei Mikromelie betrifft das Zurückbleiben im Wachstum fast nur die Extremitäten; fötale Rachitis macht ganz andere Deformationen und entbehrt wie alle die eben genannten Formen der myxödematösen Degeneration des Unterhautzellgewebes.

Bei kindlichen Kretinen kann die Behandlung noch sehr viel erreichen. Man gibt Schilddrüse in Dosen von etwa 0,5 g täglich oder alle

wei Tage, bei größeren Kindern natürlich entsprechend mehr. Die ranken können sich unter dieser Medikation körperlich vollständig ormal entwickeln; das geistige Befinden allerdings bleibt oft geschädigt, enn es sich auch bessert; bei älteren Kretinen kann man eine Zunahme er Regsamkeit, aber nicht mehr der Intelligenz erreichen. Das Wachsım kann noch Ende der zwanziger Jahre einsetzen. Interessant ist, aß beim endemischen Kretinismus eine Thyreoidinkur oft dauernd irkt, während beim sporadischen, wo die Drüse ganz fehlt, das Mittel nmer wieder gegeben werden muß.

Wichtig ist jedenfalls auch eine gute Hygiene.

IX. Die Schizophrenien (Dementia praecox).

Nachdem aus den „funktionellen Psychosen" die Paralyse ausеschieden worden war und ihr ganz von selbst die andern organischen ormen folgten, blieb die theoretische Psychiatrie siebzig Jahre lang m Chaos der häufigsten Geisteskrankheiten gegenüber vollständig ıflos. Man wußte nicht, was von den verschiedenen Symptomenbildern ısammengehörte; man sah, daß von den akuten Zuständen die einen eilten, die anderen in „sekundären Blödsinn" und „sekundäre Verıcktheit" übergingen, aber man wußte nicht, welche. Die Praxis allerıngs stellte Prognosen und zwar, wenn auch mit deutlich weniger Glück s jetzt, so doch gar nicht bloß in den Tag hinein, wenn wenigstens ıit offenen Augen gesammelte persönliche Erfahrungen dahinter stanen; aber die Theorie konnte sie nicht begründen oder begründete sie ılsch. Der erste, der mit Bewußtsein des Zieles und des dahinführenen Weges aus dem Nebel herauszukommen suchte, war KAHLBAUM, er es einmal bestimmt aussprach, daß die gewöhnlichen Symptomenruppen, die man als Krankheiten bezeichnete, zumeist „Zustandsilder" wären, und daß man erst hinter diesen die Krankheiten suchen ıüsse. Als wirkliche Krankheitsbilder glaubte er die Katatonie, die Iebephrenie und das Heboid herausheben zu dürfen (1863—1890), und r bemerkte schon die innere Verwandtschaft dieser äußerlich recht verhiedenen Bilder unter sich. Die Grenzen waren aber zu eng gezogen nd wurden durch die Erfahrungen jedes Einzelnen gesprengt. Dann am 1896 KRAEPELIN und hob die beiden Gruppen der Verblödungssychosen (später: Dementia praecox) und des periodischen Irreseins päter: manisch-depressives Irresein) heraus. Dieses ist eine Krankheit, eren akute Syndrome restlos heilen können, während die erstere Gruppe iejenigen akuten Psychosen umfaßt, die die sekundären Zustände liefert. en letzteren aber erwiesen sich als identisch eine Anzahl von jeher hronisch verlaufender Formen, die man früher als etwas ganz anderes nsah. Die zur Verblödung neigenden Bilder wiesen gemeinsame Symtome auf, die im einzelnen Falle sehr verschieden gruppiert sein konnten, ber immer bestimmte Typen wiederholten; der andern Gruppe fehlten iese Symptome, während allerdings die Verblödungspsychosen auch ie einzelnen Symptome der andern Formen aufweisen konnten. Die rognose des einzelnen Anfalles der periodischen Psychosen ist sozuıgen immer eine gute, die des Anfalles der Dementia praecox aber gar icht immer eine schlechte, indem in sehr vielen Fällen nach Ablauf

eines Schubes nur geringe Veränderungen der Psyche auf die Krankheit aufmerksam machen. Diese Veränderungen haben aber alle einen einheitlichen Charakter, d. h. die Richtungsprognose der ganzen Gruppe ist eine einheitliche, während allerdings der Grad der zu erwartenden Verblödung, die Streckenprognose, durch die bloße Erkennung der Krankheit nicht bestimmt wird.

Die Dementia praecox kann also in jedem Stadium stillstehen und manche ihrer Symptome können sich sehr weit oder ganz zurückbilden; aber wenn sie weiter schreitet, führt sie zur Verblödung und zwar zu einer Verblödung bestimmten Charakters.

Die Heraushebung der manisch-depressiven und der Dementia-praecox-Gruppe und ihre gegenseitige Abgrenzung ist der bedeutsamste Fortschritt, den die systematische Psychiatrie je gemacht hat. Sie erst erlaubt es, die Mehrzahl der funktionellen Psychosen unter dem Gesichtspunkt pathologischer Einheiten zu studieren. Neben ihnen gibt es allerdings noch eine unbestimmte Zahl von „funktionellen" Psychosen, deren Stellung in keiner Weise klar ist. Aber die ihnen angehörigen Fälle sind relativ selten, und erst durch die Abgrenzung der beiden großen Gruppen ist der feste Punkt gewonnen worden, von dem aus es möglich ist, auch diese in Angriff zu nehmen. Früher waren alle Versuche ganz aussichtslos. Der Wirrwarr der psychiatrischen Systematik war so groß, daß kein Autor mit den gleichen Namen die gleichen Begriffe verband, und man bei Diskussionen in dieser Beziehung regelmäßig aneinander vorbei redete. Da auch der Name der Dementia praecox, die weder zur Demenz führen noch praecociter auftreten muß, zu vielen Mißverständnissen Anlaß gab, ziehe ich den der S c h i z o p h r e n i e vor.

Wenn wir auch eine natürliche innere Einteilung noch nicht machen können, so erscheint uns die Schizophrenie doch nicht als eine Krankheit im engeren Sinne, sondern als eine Krankheitsgruppe, etwa analog der Gruppe der Organischen, die in Paralyse, senile Formen usw. zerfällt. Man sollte deswegen eigentlich von Schizophrenien in der Mehrzahl sprechen. Die Krankheit verläuft bald chronisch, bald in Schüben, kann in jedem Stadium haltmachen oder eine Strecke weit sich zurückbilden, erlaubt aber wohl keine volle restitutio ad integrum. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt. Außerdem sind akzessorische Symptome, z. T. mit spezifischer Färbung, etwas ganz Gewöhnliches.

A. Die einfachen Funktionen.

Unter den **Grundsymptomen** sind die Störungen der **Assoziationen** (S. 53) besonders wichtig. Die normalen Ideenverbindungen büßen an Festigkeit ein; beliebige andere können an ihre Stelle treten. So können aufeinanderfolgende Glieder der Beziehung zueinander ganz entbehren, so daß das Denken unzusammenhängend wird:

„Die Eicheln // und das heißt auf französisch: Au Maltrâitage. — // TABAK. (Ich habe dir so schön gesehen.) // Wenn auf jede Linie etwas geschrieben ist, so ist es recht. „Jetzt ischt albi elfi grad. Der Andere. — // Hü, Hü, Hüst umme nö hä! — // Zuchthäuslerverein: Burghölzli. — // Ischt nanig à près le Manger!? — !?! — Meine Frau war eine vermögliche gewesen."

An den mit // bezeichneten Stellen dieses Beispiels ist der Gedankengang ganz unterbrochen, vielleicht auch noch an anderen Orten. Dadurch wird das Ganze unlogisch und unverständlich. Aber auch der formelle Zusammenhang ist zerrissen. Französisch, deutsch und Dialekt und italienisch-deutsch gehen durcheinander ohne ersichtlichen Grund. Der Patient kann zu gut französisch, als daß man annehmen dürfte, die Fehler in der französischen Orthographie seien bloße Versehen; sie entsprechen den Entgleisungen des ganzen Gedankenganges. Warum das Wort „Tabak" auf einmal in großen römischen Lettern geschrieben ist, darauf kann das normale Denken ebensowenig Antwort geben, wie es die andern Zusammenhangslosigkeiten nachdenken kann.

Ein anderes Beispiel[1]): „Meerwasser, Tiefsee, Unterlage, Interlaken, Davos, Schweiz, ich komm auch hin, ich hab doch hoch Binnensee, bitte, bitte, sind wir Hochwasser, Binnenwasser ganz kalt und ruhig. Hochsee, Tiefsee, négligeant."

Die Beziehungslosigkeit drückt sich auch häufig in den Antworten auf Fragen aus: Warum arbeiten Sie nicht (sc. bei den Hausgeschäften)? „Ich kann ja nicht französisch". Hier ist nur die Form einer Antwort auf die Frage gewahrt; der Inhalt entbehrt jeder Beziehung zu der letzteren.

Manchmal fehlen nur einzelne der zahlreichen Fäden, die unsere Gedanken leiten. Das kann sich schon in einer Wandelbarkeit und Unklarheit von Begriffen, und zwar auch der gewöhnlichsten, äußern; der Vater kann von sich als Mutter seiner Kinder sprechen. Dieser Begriff drängt sich beispielsweise an die Stelle des richtigen Vaterbegriffes deshalb, weil er gerade von der liebenden Sorge für die Kinder redet, die ja häufiger mit der Mutter als mit dem Vater in Beziehung gebracht wird; zugleich existiert aber dann die Differenz zwischen ihm selbst und der Mutter (seiner Frau) nicht mehr.

In bezug auf den fortschreitenden Gedankengang vgl. das „Brutus war ein Italiener", wo die Beziehungen auf die alte Zeit durch die auf die neue ersetzt sind, oder: Haben Sie Kummer? „Nein". Ist es Ihnen schwer? „Ja, Eisen ist schwer". „Schwer" wird hier auf einmal im physischen Sinne gebraucht unter Außerachtlassung des aktuellen Zusammenhanges. So bekommt der Gedankengang und die ganze Ausdrucksweise etwas Bizarres. Eine Loslösung von der Situation ist es auch, wenn eine Näherin jedesmal, wenn sie den Faden mit dem Munde benetzt, meint, sie werfe eine Kußhand.

Die Unvollständigkeit der Begriffe erleichtert das Zustandekommen von Verdichtungen, die denn auch bei der Schizophrenie ungemein häufig sind. Verschiedene Geliebte, verschiedene Aufenthaltsorte werden nicht mehr auseinandergehalten; das eine Mal ist der eine Geliebte, der eine Ort der Repräsentant des ganzen Sammelbegriffes, das andere Mal ein anderer. Hiebei ist aber der Ausdruck „Sammelbegriff" in einem anderen als dem geläufigen Sinne gebraucht. Für den Patienten entstehen durch solche Verdichtungen keine Kollektivbegriffe; er meint, einen Individualbegriff zu haben, und nur dem Beobachter kommt es zum Bewußtsein, daß in dem Begriff verschiedene Einzeldinge stecken. Beispiele von Verdichtungen sind auch „Dampfsegel", aus Dampfschiff und

[1]) Pfersdorff, die Gruppierung der sprachlichen Assoziationen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neur. Bd. XXXI. 1912, S. 356.

Segelschiff, und „trauram“ aus traurig und grausam, oder der Satz: „der Herrgott ist das Schiff der Wüste“, wobei Ideen aus der Bibel von Gott und Wüste und Kamel mit dem in anderem Zusammenhang erworbenen bildlichen Ausdruck für das nützliche Tier in einen unsinnigen Satz zusammengeschweißt werden.

Oft tritt ein Begriff für einen anderen ein: Verschiebung (vgl. S. 87, die hornförmigen Dinge). Eine Patientin hatte ihre Stellung als „Stütze“ der Hausfrau im Ekel verlassen; nun bekommt sie eine unbezwingliche Abneigung gegen alles, was einer Stütze, einem Stock ähnlich sieht. In diesen Fällen geht die Verschiebung über den Affekt: sie kann aber auch auf beliebigem assoziativem Wege entstehen: zwei Männer werden miteinander verwechselt, weil sie irgend eine Ähnlichkeit haben: der Direktor der Irrenanstalt wird dem Hausvater der Erziehungsanstalt substituiert.

Ein Spezialfall der Verschiebung ist das Symbol, das in der Dementia praecox eine große Rolle spielt, aber nicht in seiner gewöhnlichen Verwendung, sondern in der Art, daß es an die Stelle des ursprünglichen Begriffes tritt, ohne daß der Patient es merkt: er sieht Feuer, oder wird gebrannt, indem er diese Dinge, die dem Normalen Symbol für Liebesgefühle und Liebesgedanken sind, als Wirklichkeit halluziniert. Er hat „gehört“, wie der Direktor ihm „die Zunge herausstreckte“. Dies wird wörtlich genommen, obschon er nur halluzinierte, daß man ihn auslachte.

Ebensogut wie nebensächliche Fäden aus der Gedankenleitung können auch die Zielvorstellungen fehlen. In der „Blütezeit für Horticulteur“ (S. 53) ist kein Zweck des Schreibens zu sehen. So bekommt man auch häufig Briefe von Patienten in die Hände, die alles mögliche beschreiben, was um sie ist und vorgeht, sogar was ihre Feder für eine Aufschrift trägt; aber weder der Leser noch der Kranke selbst wissen, warum solche Banalitäten geschrieben werden. Auch sonst werden verständliche und unverständliche Dinge mündlich und schriftlich ohne jeden Zweck geäußert und ebenso allerlei unmotivierte Handlungen begangen. Dabei bekommt manchmal der Gedankengang durch diesen Wechsel des Zieles und der innern Assoziationen Ähnlichkeit mit der Ideenflucht; doch macht sich das Fehlen eines Zieles durch den Mangel eines Gefühlswertes bemerkbar, während bei der Ideenflucht das Ziel nur gewechselt wird.

Infolge des Mangels eines Zieles gerät der Gedankengang so leicht in Nebenassoziationen, daß unter Umständen bloße Alliterationen die leitenden Faktoren werden, wie in „Schuh—Schönheit“. Hier hat natürlich neben der Aliteration noch irgend eine andere Idee den Gedankengang beeinflußt, aber da die nämliche Patientin (wie übrigens auch andere) noch viele analoge Assoziationen zu machen pflegte, kann die Aliteration kein Zufall sein.

Manchmal erklären sich anscheinend sinnlose Assoziationen durch Zwischenglieder, die zwar den Patienten nicht zum Bewußtsein kommen, aber doch vom Beobachter zu erraten sind. So wenn ein junges Mädchen auf „Stengel“ sagt „Wädenswil“. In Wädenswil im „Engel“ hatte sie denjenigen kennen gelernt, der in der Krankheit ihre Komplexe beherrschte. Solche mittelbare Assoziationen werden viel mehr im Assoziationsexperiment als im gewöhnlichen Denken deutlich.

Durch alle diese Störungen wird das Denken unlogisch, unklar und, wenn viele solcher Fehler sich aneinander reihen, zerfahren, inkohärent. Die Zerfahrenheit wird noch vergrößert durch eine eigentümliche Art der Ablenkbarkeit: Im Gespräch scheinen die Kranken manchmal sehr schwer oder gar nicht ablenkbar, denn sie gehen wenig auf das ein, was man ihnen sagt, fahren allen Zwischenfragen zum Trotz in ihrem Gedankengang fort, dafür werden sie durch irgendwelche Zufälligkeiten, die gerade ihre Sinne treffen, das Tintenfaß, ein Geräusch, auf ein gar nicht zur Sache gehörendes Thema gebracht. Die normalen Direktiven durch Fragen von außen und Zielvorstellungen von innen vermögen beide nicht den Gedankengang in den richtigen Bahnen zu halten. Sind die Kranken in einem Affekt, fangen sie an zu schimpfen, so fehlt die Ablenkbarkeit oft vollständig.

Auffallend ist auch eine krankhafte Neigung zu Verallgemeinerungen, zum Übergreifen eines Gedankens, einer Funktion überhaupt auf andere Gebiete. Wahnideen, die nur gegenüber einer bestimmten Person entstehen konnten, werden auf andere übertragen, mit denen sie gar keinen inneren Zusammenhang mehr haben. Der Kranke ist gereizt worden und verabreicht zunächst dem Schuldigen eine Ohrfeige, dann aber auch noch den anderen, die gerade in der Nähe sind; eine Stereotypie wird zunächst nur durch bestimmte Umstände, unter denen sie eine verständliche Bedeutung hat, hervorgerufen, nach und nach aber auch ohne erkennbaren Anlaß, ja schließlich kann sie ganz beständig ausgeführt werden. Eine Sperrung, die infolge Anschneidens eines bestimmten Komplexes entstanden ist, greift auch auf andere Themen, häufig auf die ganze Psyche über und überdauert auch zeitlich den Anlaß beliebig lange.

So wird natürlich das Raisonnement hochgradig geschädigt. Logische Operationen mit unvollständigen oder unrichtig abgegrenzten Begriffen und Ideen ergeben leicht falsche Resultate. Abweichungen von dem gewöhnlichen durch die Erfahrung gegebenen Gedankengang führen ebenfalls meist auf unrichtige Wege. Wenn nichtzusammengehörige Ideen in einen beliebigen Zusammenhang gebracht werden, so gibt es immer falsche Resultate, so namentlich bei den alltäglichen unsinnigen Motivierungen, bei denen irgend eine zufällige Idee den Grund für ein krankhaftes Handeln abgeben soll: der Patient schlägt Scheiben ein, „weil gerade der Arzt kommt"; er lacht, „weil der Arzt gerade die Kommode ausräumt"; auf Vorhalt, daß er ja schon vorher gelacht habe, hat er gelacht, weil die Sachen noch drin waren. Alle möglichen Unarten werden damit motiviert, daß man die Kranken in der Anstalt hält, und es nützt nie etwas, ihnen zu sagen, daß der kausale Zusammenhang, wenn überhaupt einer besteht, für uns ein umgekehrter sei.

Ganz besonders wichtig ist, daß bei dieser Assoziationsschwäche, wie bei jeder anderen, die Affekte eine größere Herrschaft über den Gedankengang bekommen: Wünsche und Befürchtungen dirigieren an der Stelle von logischen Zusammenhängen die Richtung; so bilden sich die unsinnigsten Wahnideen, und für übertriebenes autistisches Denken mit seiner Abwendung von der Wirklichkeit, seiner Neigung zur Symbolik, zu Verschiebungen und Verdichtungen wird die Bahn frei.

Von den formellen Störungen des Gedankenganges sind die Sperrungen („Gedankenentzug") die auffallendsten (S. 54), und wenn sie zu

leicht oder zu häufig eintreten oder zu allgemein und zu andauernd werden, so sind sie geradezu pathognomonisch für die Schizophrenie.

Dann ist zu erwähnen das Gedankendrängen, wobei der Patient das Gefühl hat, denken zu müssen, wo „es“ gegen seinen Willen in ihm denkt, wo ihm beständig Gedanken „gemacht“ werden, alles meist mit einer unangenehmen Empfindung von Anstrengung.

In manchen Fällen besteht eine große Neigung zu Perseveration: die Kranken kommen von einem Thema, auch etwa von einem oder mehreren Worten nicht los, und so können, abgesehen von sinnhaftem Klebenbleiben am nämlichen Gedanken, Reihen zustande kommen wie: „Liebe, Diebe, Gabe, Dame, haben, Liebe, Diebe, Gaben, Dame, haben, Liebe, Diebe, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, haben . . .“. In solchen Fällen ist das Denken meist vorübergehend oder dauernd sehr verarmt. Inwiefern diese Assoziationsstörung mit der Neigung zu Stereotypierung, die sich im Denken wie im Handeln zeigen kann, zusammenhängt, weiß man noch nicht.

Natürlich finden sich bei Verstimmungen auch Ideenflucht oder Hemmung. Daneben ist aber bei akuten Fällen eine andere Art Hemmung nicht so selten, die offenbar von einer allgemeinen Erschwerung der zentralen Vorgänge durch irgendwelche chemische oder physikalische Anomalien (z. B. Hirndruck oder Hirnschwellung) herrührt.

Bei solchen Hemmungen, aber auch sonst recht häufig, finden wir eine abnorme Kürze der Assoziationen. Solche Schizophrene sind mit jedem Gedankengang immer gleich zu Ende, ohne daß er in normaler Weise ausgedacht wäre. Auch dadurch entsteht Armut des Denkens, aber weniger im Sinne einer Beschränkung der Themen als im Sinne der Unvollständigkeit der einzelnen Idee.

Affektivität. In den schwereren Formen der Schizophrenie ist die „affektive Verblödung“ das auffallendste Symptom. In den Pflegeanstalten sitzen Kranke herum, die jahrzehntelang keinen Affekt zeigen, begegne ihnen oder ihrer Umgebung, was da wolle. Sie sind indifferent gegen Mißhandlungen; sich selbst überlassen legen sie sich in durchnäßte und gefrorene Betten, kümmern sich nicht um Hunger und Durst. Sie müssen in allen Beziehungen besorgt werden. Auch den eigenen Wahnideen gegenüber sind sie oft auffallend gelassen.

In weniger schweren Fällen sehen wir noch Affektäußerungen, manchmal ziemlich viele; doch sind sie beschränkt. Besonders oft finden wir nur noch die Reizbarkeit, aber dann pathologisch übertrieben. Die negativistischen Kranken sind deswegen außerhalb der Anstalten unmöglich, weil sie über alles gleich in Wut geraten und lärmen und dreinschlagen. Die leichten und latenten Schizophrenen draußen gelten einfach als empfindliche und launische Leute, mit denen nicht gut Kirschen essen ist.

Manchmal — aber gar nicht immer — ist auch etwa bei sonst ganz gleichgültigen Frauen die Mutterliebe noch vollständig erhalten, und im engeren Verkehr mit den Durchschnittskranken sieht man noch viele Affekte, z. B. Vergnügen bei Anstaltsfesten und Spielen, Lachen über Witze, sogar Freude an künstlerischen Darbietungen. Doch liegen die feineren, auf komplizierten Vorgängen aufgebauten Empfindungen natürlich stärker darnieder als die elementaren. Die Ethik scheint nicht

besonders angegriffen zu sein, obschon sie natürlich von der allgemeinen Gleichgültigkeit und Stumpfheit mitbetroffen wird.

Auch da wo wir lebhaftere Affekte sehen, trägt im allgemeinen das ganze Benehmen den Charakter der Gleichgültigkeit, namentlich in wichtigen Dingen; ihre vitalsten Interessen, das Geschick der Familie, lassen die Kranken vollständig kalt, während allerdings oft ein vom Besuch gebrachter Kuchen mit Eifer verzehrt wird. Im Anfang der Krankheit, in ganz leichten Fällen und bei Spätformen, ist die Abschwächung der Affekte nicht immer zu sehen; im Gegenteil kann man in einzelnen Fällen eine Überempfindlichkeit in den verschiedenen Richtungen beobachten. Dann gibt es aktive Schizophrene, die mit großem Eifer die Welt oder wenigstens die Gesundheit der Menschen verbessern u. dgl. Bei genauerem Zusehen aber findet man in allen diesen Fällen wenigstens partielle Defekte der Affektivität, Gleichgültigkeit gegen gewisse wichtige Dinge, temporäre Herabsetzung der Emotivität, oder Widersprüche in dem Zusammenspiel der feineren Gefühle.

Manchmal kann man deshalb nicht von einer einfachen Gleichgültigkeit reden, weil eine deutliche Grundstimmung von Euphorie oder Depression oder Angst besteht. Immerhin macht sich die schizophrene Versandung auch hier meist fühlbar, indem die Stimmung keine Modulationen zeigt; ganz unabhängig vom Gedankengang bleiben die Kranken in der von innen heraus bestimmten Stimmungslage; nichts ist ihnen wichtig, nichts heilig. Die allgemeine Signatur ist die „Wurstigkeit“, bald mehr rein, bald in depressiver, oder namentlich euphorischer Färbung.

Überhaupt ist eines der sichersten Zeichen der Krankheit der Defekt der affektiven Modulationsfähigkeit, die affektive Steifigkeit. Man spricht mit den Kranken über die verschiedensten Themen, ohne eine Änderung des Affektes zu bemerken.

Sind Affekte vorhanden, so haften sie oft nicht. In akuten Stadien kommt es vor, daß Kranke von innen heraus weinen und jammern und frohlocken und schimpfen unmittelbar nacheinander, man weiß nicht warum. Es ist, wie wenn ein Schauspieler nacheinander alle seine affektiven Register vorführen wollte, wie es der Zufall ihm gerade eingibt. Eigentliche Labilität in dem Sinne, daß der Affekt sich mit dem von innen oder außen dirigierten Gedankengang besonders rasch verändern würde, gehört nicht zum Bilde der Schizophrenie. Ein plötzliches Aufflammen, z. B. im Zorn, ist ja häufig zu beobachten, aber dann ist es nicht leicht möglich, den Affekt wieder abzulenken, auch wenn man das Gefühl hat, daß er „nicht in die Tiefe geht“.

Kommt ein Wechsel der Affekte vor, so geschieht er oft langsamer als bei Gesunden, die Affekte hinken den Ideen nach, oder sie erscheinen ganz launenhaft. Man weiß nicht recht, warum sie jetzt und in dieser Form auftreten.

Unter keinen Umständen ist die Affektivität ganz zugrunde gegangen. Durch Anschneiden der Komplexe kann man sehr häufig auch in scheinbar ganz gleichgültigen Fällen lebhafte und adäquate Regungen hervorrufen, und in den autistischen Ideen von scheinbar bloß vegetierenden Kranken findet man Erfüllungen von lebhaften Wünschen und Bestrebungen oder auch von Befürchtungen; ja die Analyse der schizophrenen Wahnideen und der logischen Fehler zeigt, daß das Denken



Abb. 22. Hebephrene, der den „Epaminondas" S. 53 diktierte. Die affektierte Einbildung auf dem steifen Gesicht, die sonst nichts zu sagen hat, ist bezeichnend.

stärker von den Affekten beherrscht ist als bei Gesunden. Die ganze Affektivität kann auch wieder zum Vorschein kommen, wenn eine organische Hirnkrankheit (senile Atrophie, Apoplexie) die Schizophrenie kompliziert. Es ist deshalb anzunehmen, daß der Krankheitsprozeß als solcher die Affekte nicht vernichtet, sondern daß sie nur irgendwie funktionell an ihrem Auftreten gehindert werden, etwa in der Weise, wie ein Kind, das plötzlich in eine fremde Umgebung versetzt wird, einen Stupor ohne Affekt haben kann, oder wie LIVINGSTONE, von einem Löwen angegriffen, oder BAELZ, in einem Erdbeben in Tokio, von einer Affektlähmung befallen wurde.

Die Affekte können auch qualitativ verändert erscheinen in der Weise, daß, was Freude erregen sollte, Trauer oder Zorn hervorruft und umgekehrt — Parathymie. Manchmal sind aber bloß die Äußerungen inadäquat: der Patient empfindet Freude an einem Geschenke, jammert aber dabei — Paramimie. (Über das schizophrene unmotivierte Lachen s. bei den Automatismen.)



Abb. 23. Steife, süßliche Mimik bei erotischer Katatonie

Außerdem haben die Affektäußerungen gewöhnlich etwas Unnatürliches, Übertriebenes oder Schauspielerisches. Die Freude eines Schizophrenen reißt deshalb nicht mit, seine Schmerzäußerungen lassen uns kalt. Be-

sonders deutlich wird das, wenn man Gelegenheit hat, die Reaktion von Kindern auf solche Äußerungen zu beobachten. Ebensowenig reagieren die Kranken manchmal auf unsere Affekte. So spricht man von einem Defekt des gemütlichen Rapportes, der ein wichtiges Zeichen der Schizophrenie ist. Mit einem Idioten, der kein Wort hervorbringt, fühlt man sich seelisch mehr verbunden, als mit dem intellektuell vielleicht noch gut konversierenden, aber innerlichst unzugänglichen Schizophrenen.

Die Affekte selbst wie ihre Äußerungen haben oft ihre Einheit verloren. Eine Kranke, die ihr Kind getötet, das sie als das eigene liebte, aber als das ihres ungeliebten Mannes haßte, befand sich nachher wochenlang in einem Zustand, in dem sie mit den Augen in Verzweiflung weinte und mit dem Munde lachte. Sogar halbseitig habe ich einmal eine solche Spaltung des Gefühlsausdrucks gesehen. Leichtere Störungen der Einheit der Gefühle sind häufiger.

Affektstörungen in Form von akuten manischen, depressiven oder ängstlichen Verstimmungen sind bei der Dementia praecox nicht selten. Sie gehören aber zu den akzessorischen Symptomen.

Die Ambivalenz. Das gleichzeitige Lachen und Weinen ist eine Teilerscheinung der schizophrenen Ambivalenz. Der schizophrene Defekt der Assoziationswege macht es möglich, daß Gegensätze, die sich sonst ausschließen, nebeneinander in der Psyche existieren. Liebe und Haß gegenüber der nämlichen Person können gleich feurig sein, ohne einander zu beeinflussen (affektive Ambivalenz; S. 92). Der Kranke will zugleich essen und nicht essen; er tut das, was er nicht will, ebensogut wie das, was er will (Ambivalenz des Willens; Ambitendenz); er denkt zu gleicher Zeit; „ich bin ein Mensch wie ihr“, und „ich bin kein Mensch wie ihr“. Gott und Teufel, Abschied und Willkommen sind ihm gleichwertig und zerfließen zu einem Begriffe (intellektuelle Ambivalenz). Auch in den Wahnideen mischen sich recht häufig expansive und depressive Ideen bunt durcheinander.

Die „intakten“ Funktionen. Empfindung, Gedächtnis, Orientierung in Raum und Zeit, und die Motilität sind für unsere jetzigen Untersuchungsmethoden nicht direkt gestört. Häufig allerdings bekommt man falsche Auskunft auch bei einfachen Fragen, z. B. nach der Orientierung, aber das hat jeweilen besondere Gründe: Die Kranken antworten aus Negativismus falsch, oder aus Denkfaulheit reden sie in den Tag hinein, oder Wahnideen oder Komplexbedürfnisse fälschen Orientierung und Erinnerung.

Die **Wahrnehmung** kann indirekt durch Halluzinationen und Illusionen gefälscht werden, ebenso die **Orientierung.** Merkwürdig ist aber, daß die Schizophrenen meist auch in stärkeren Delirien und Dämmerzuständen neben der krankhaften die richtige Orientierung besitzen. Obgleich sie sich in einem Gefängnis oder in der Hölle oder in einer Kirche wähnen, wissen sie in anderem Zusammenhange doch wieder, daß sie im Krankensaal der Irrenanstalt sind; obgleich sie die besuchenden Eltern als Teufel ansehen und behandeln, können sie nachher doch wieder erzählen, die Eltern seien dagewesen („doppelte Buchführung“).

Während so die Orientierung in Zeit und Raum gar nicht oder nur indirekt und vorübergehend gestört sein kann, ist die Orientierung in der eigenen Lage sehr häufig, bei Anstaltskranken geradezu in der

Regel, eine mangelhafte und gefälschte. Die Kranken können nur ausnahmsweise verstehen, warum man sie interniert. Sie halten sich für unrichtig behandelt, sehen ihr Verhältnis zur Familie, oft auch ihre soziale Situation ganz unrichtig an. Daß Wahnideen, besonders solche der Verfolgung, die Auffassung der eigenen Lage trüben, ist selbstverständlich. Auch die autopsychische Orientierung leidet manchmal, wobei die Persönlichkeit (s. unten) alteriert ist.

Gedächtnis. Ihre Erlebnisse reproduzieren die Patienten meist so gut wie Gesunde, häufig sogar insofern viel besser, als sie sich wahllos auch alle Details merken, während der Gesunde das Nebensächliche gar nicht ins Bewußtsein aufnimmt. Paranoide wissen oft die Daten aller möglichen kleinlichen Ereignisse zu nennen. Das Schulwissen bleibt so gut erhalten wie bei Gesunden, die es nicht mehr üben. Fertigkeiten, wie Klavierspielen u. dgl., können nach jahrzehntelanger Pause wieder ausgeübt werden, wie wenn nichts dazwischen läge.

Die Registrierung des Erfahrungsmaterials ist also eine sehr gute. Aber die Reproduktion kann gestört sein; vieles, was Beziehung zu den Komplexen hat, wird abgesperrt, oder der momentane Allgemeinzustand (Benommenheit u. ä.) erlaubt überhaupt keine freie Verfügung über das Material. Außerdem erscheinen die Kranken sehr häufig „vergeßlich", indem sie sich nicht zur rechten Zeit an das erinnern, was sie tun sollten; die Hausfrau vergißt zu kochen, der Mann ins Geschäft zu gehen. Das sind aber keine Gedächtnisstörungen, sondern Folgen der schizophrenen „Zerstreutheit".

Auch die **Motilität** läßt weder in bezug auf Kraft noch in bezug auf Koordination Störungen erkennen. Wir beobachten auch bei den feinsten Bewegungen, z. B. Violinspielen, keine motorischen Störungen (es wird hier von dem häufigen Tremor und der Katalepsie abgesehen, welch letztere manche auch zu den Motilitätsstörungen zählen).

B. Die zusammengesetzten Funktionen.

a) **Der Autismus.** Die Schizophrenen verlieren den Kontakt mit der Wirklichkeit, die leichten Fälle ganz unauffällig da und dort, die schwereren vollständig. Eine Patientin glaubt, der Arzt wolle sie heiraten. Er sagt ihr täglich das Gegenteil; das ist aber ganz wirkungslos. Eine andere singt in einem Anstaltskonzert, aber viel zu lange. Das Publikum lärmt; das ficht sie nicht an, und da sie endlich fertig ist, geht sie sehr befriedigt an ihren Platz. Die Kranken stellen uns schriftlich und mündlich unzählige Begehren, auf die sie überhaupt keine Antwort erwarten, obgleich es sich oft um die nächstliegenden Bedürfnisse handelt, wie die Entlassung. Sie verlangen hinaus, drücken täglich hunderte von Malen die Türklinke, und wenn man die Tür aufmacht, fällt es ihnen nicht ein, fortzugehen. Sie verlangen dringend einen bestimmten Besuch; wenn er da ist, kümmern sie sich nicht um ihn.

Dafür leben sie in einer eingebildeten Welt von allerlei Wunscherfüllungen und Verfolgungsideen. Beide Welten aber sind ihnen Wirklichkeit; manchmal können sie die beiden Arten bewußt auseinander halten. In anderen Fällen ist die autistische Welt für sie die wirklichere, die andere ist eine Scheinwelt. Die wirklichen Menschen sind „Masken", „flüchtig hingemachte Männer" u. dgl. Je nach der Konstellation ist

bei den mittelschweren Fällen bald die eine, bald die andere Welt im Vordergrund; ja es gibt, wenn auch selten, Patienten, die sich willkürlich von der einen in die andere versetzen können. Die leichteren Fälle bewegen sich mehr in der Realität, die schwersten lassen sich gar nicht mehr aus der Traumwelt herausreißen, wenn sie auch für die einfachsten Verrichtungen, wie Essen und Trinken, einen gewissen Kontakt mit der Wirklichkeit noch aufrecht erhalten.

β) **Die Aufmerksamkeit.** Die aktive Aufmerksamkeit ist natürlich infolge der Interesselosigkeit oft andauernd eine sehr schlaffe. Um so auffallender ist, daß die passive Aufmerksamkeit meist nicht nur ungestört ist, sondern tätiger scheint als normal. Die Kranken registrieren bei beliebiger innerer oder äußerer Beschäftigung meist ausgezeichnet, was um sie vorgeht, und können das Wahrgenommene wieder verwerten.

Manchmal, namentlich im Anfange der Krankheit, strengen die Kranken sich ernstlich an, die Gedanken zusammen zu halten; es gelingt ihnen aber nicht. Zum Teil handelt es sich dabei wohl um funktionelle Störungen, etwa wie bei der Zerstreutheit, aber daneben gewiß auch um allgemeine Erschwerungen des Denkens. Im letzteren Falle sind sowohl Intensität als Extensität der Aufmerksamkeit gestört. Auch die Neigung einzelner Fälle zu Ermüdung läßt die Funktion leicht erlahmen.

Im übrigen ist die Aufmerksamkeit entsprechend dem Charakter der Krankheit sehr launenhaft. Sowohl Tenazität wie Vigilität können für sich nach oben und unten schwanken. Leute, die lange Zeit in keiner Weise aufmerken können, sind auf einmal imstand, einen komplizierten Fluchtplan zu überlegen u. dgl.

γ) **Der Wille.** Ein großer Teil der Kranken leidet an Willensschwäche, sowohl im Sinne der Apathie wie dem der mangelnden Nachhaltigkeit des Willens. Dazu tritt häufig ein launischer Eigensinn. Unter Umständen können aber bestimmte Ziele mit großer Energie festgehalten werden, so daß man geradezu von Hyperbulie reden kann. Auch im Überwinden von Schmerzen, z. B. bei Selbstverstümmelungen, erscheint der Wille manchmal abnorm stark.

Die Sperrungen hemmen natürlich neben dem Denken auch das Wollen und Ausführen. Am bezeichnendsten aber sind die inneren Spaltungen des Willens. Die Kranken wollen etwas und zugleich das Gegenteil, oder wenn sie etwas ausführen wollen, kommt ein Gegenimpuls oder ein Querimpuls; subjektiv erscheint der Wille oft unfrei. Die Kranken glauben unter dem Einfluß fremder Menschen oder Mächte zu denken und zu handeln (hypnotisiert werden; Zwangshandlungen, automatische Handlungen, Befehlsautomatien u. dgl.).

δ) **Die Person.** Die Kranken wissen, abgesehen von ganz schlimmen halluzinatorischen Zuständen, wer sie sind. Manchmal allerdings steht der Glaube, eine andere Person zu sein, im Vordergrund und läßt die Erkenntnis der Realität nicht zum Vorschein kommen. (Die schwereren Störungen der Persönlichkeit siehe bei den akzessorischen Symptomen.)

ε) **Die schizophrene Demenz.** Der schizophrene Blödsinn bekommt seinen Stempel in erster Linie durch die Affektstörung: Gleichgültig-

keit einerseits, unbeherrschte Affekte anderseits; dann durch die Assoziationsstörung, die in der Unklarheit und Ziellosigkeit, in dem Einschlagen von Nebenwegen zu ungenügenden, unrichtigen, widersinnigen, bizarren, lächerlichen Resultaten führt. Auch bei schweren Schizophrenen können aber viele Assoziationen noch richtig verlaufen, und wenn auch natürlich ceteris paribus kompliziertere und feinere Funktionen leichter gestört werden als einfachere und gröbere, so ist doch das gewöhnliche Versagen der einzelnen Leistung unabhängig von ihrer Schwierigkeit. Ein Schizophrener kann die Addition einer zweistelligen Zahl verfehlen und gleich nachher eine dritte Wurzel ausziehen. Der schwerere schizophrene Blödsinn unterscheidet sich von dem leichteren Blödsinn weniger dadurch, daß er auch einfachere Funktionen trifft, als dadurch, daß numerisch viel mehr Leistungen, seien es schwere oder leichte, versagen. Die sogenannte Intelligenzprüfung kann ausgezeichnet ausfallen, der Patient aber deswegen doch absolut unfähig sein, sich auch nur in einfachen Verhältnissen richtig zu dirigieren. Er versteht unter Umständen eine philosophische Abhandlung, nicht aber, daß er sich anständig aufführen müsse, wenn er aus der Anstalt entlassen werden wolle. Wo seine Komplexe mitspielen, ist er diskussionsunfähig, unempfindlich gegen die gröbsten Widersprüche sowohl der Logik wie der Vorstellungen mit der alltäglichen Wirklichkeit. Der Schizophrene ist nicht blödsinnig schlechthin, sondern er ist blödsinnig in bezug auf gewisse Zeiten, gewisse Konstellationen, gewisse Komplexe.

Die Produkte ausgesprochener Schizophrenie in Literatur und Kunst tragen meist den Charakter des Blöden oder Bizarren, der nicht selten zugedeckt wird von einem hohlen Pathos. In einzelnen Fällen gibt ein geringer Grad von Abweichung vom Normalen dem Kunstwerk einen eigentümlichen Reiz, oder die Kranken können Wahrheiten sagen, die der Gesunde nicht so nackt heraus zu schälen wagt. Gar nicht so selten bringen schizophrene Aufregungen im Anfang einen gewissen Trieb zu dichterischer Betätigung und sogar ein gewisses, sonst nicht vorhandenes Können.

ζ) Das Handeln. Aus der Störung der Affektivität und der Assoziationen läßt sich das schizophrene Handeln leicht ableiten. Wo die Affekte darniederliegen, wird wenig oder gar nichts getan, wo — in den ganz schweren Fällen — der Autismus den Kranken beherrscht, kümmert er sich nicht mehr um die Außenwelt. Mangel an Initiative, Fehlen eines bestimmten Zieles, Außerachtlassen vieler Faktoren der Wirklichkeit, Zerfahrenheit, plötzliche Einfälle und Sonderbarkeiten stempeln die mittelschweren Fälle. Die leichteren leben wie andere Leute, nur dann und wann fällt eine Abnormität auf. In allen Fällen finden wir von außen ungenügende Motivierung vieler einzelnen Handlungen, wie der ganzen Einstellung zum Leben. Die Kranken wechseln Stellung und Beruf oder kommen ohne Grund auf einmal nicht zur Arbeit, sind reizbar, launenhaft, zu Schmollen und Schimpfen geneigt. Im Organismus der Anstalten können manche sehr gute Arbeitsmaschinen sein; aber auch draußen gelten noch viele, denen die Krankheit den Blick verengt hat, in untergeordneten Stellungen als ideale Arbeiter, bis eine Dummheit ihren Zustand manifest macht. Da legt sich ein Lehrer auf einmal in einen Brunnen, ein junges Mädchen näht Strümpfe auf einen Teppich u. dgl.

Wo akzessorische Symptome, wie z. B. Halluzinationen, Wahnideen, manische oder katatonische Syndrome vorhanden sind, bestimmen diese in erster Linie das Handeln und Benehmen.

C. Die akzessorischen Symptome.

Die akzessorischen Symptome komplizieren das Grundbild, bald dauernd, bald nur in vorübergehenden Auftritten.

a) **Die Sinnestäuschungen.** Charakteristisch für die Schizophrenie sind die Halluzinationen der Körperempfindungen; daneben besteht eine ausgesprochene Bevorzugung der Gehörstäuschungen in Form von Worten (Stimmen). Gesichtshalluzinationen sind in akuten Auftritten sehr häufig und lebhaft, sonst selten. Tasthalluzinationen kommen fast nur kombiniert mit Körperhalluzinationen und als Teilerscheinungen einer komplizierten Wahrnehmung (Schlange, Geschlagenwerden) vor. Täuschungen des Geruchs und des Geschmacks und der kinästhetischen Sinne drängen sich gelegentlich einmal vor.

Die Patienten hören Wehen, Sausen, Summen, Rasseln, Schießen, Donnern, Musizieren, Weinen und Lachen, vor allem aber Flüstern, Sprechen, Rufen; sie sehen einzelne Dinge, Landschaften, Tiere, Menschen und allerlei unmögliche Gestalten; sie riechen und schmecken allerlei Angenehmes und Unangenehmes; sie tasten Dinge und Tiere und Menschen und werden von Regentropfen, Feuer, Kugeln getroffen; sie spüren alle Qualen und wohl auch alles Angenehme, was uns Körperempfindungen übermitteln können.

Elementarhalluzinationen des Gehörs sind selten und beeinflussen den Kranken wenig. Die Stimmen reden meist in abgerissenen Worten und kurzen Sätzen; lange zusammenhängende Szenen sind Zeichen eines begleitenden Alkoholismus oder, in seltenen Fällen von Dämmerzuständen, hysterieartige Zutaten. Sie beschimpfen, drohen, trösten, sie kritisieren als „Gewissensstimmen" oder sagen auch das Gegenteil von dem, was der Kranke eben will oder denkt. Im Gedankenlautwerden werden umgekehrt gerade die momentanen Gedanken ausgesprochen. Die Stimmen kommen von beliebigen Orten her, vom Himmel und der Hölle, von gewöhnlichen Orten, wo Menschen sind; aber sie sitzen auch in den Wänden, in der Luft, in den Kleidern und im Körper des Kranken selber. Sie benutzen etwa nur das eine Ohr, oder die guten Stimmen werden im rechten Ohr, die bösen im linken gehört.

Die Halluzinationen der Körperempfindungen bieten eine unendliche Mannigfaltigkeit. Die Patienten werden geprügelt, gebrannt, mit glühenden Nadeln gestochen, die Beine werden ihnen kleiner gemacht, die Augen herausgezogen, die Lunge angesaugt, die Leber herausgenommen, an einen andern Ort versetzt, der Körper wird auseinander gezogen und zusammengepreßt wie eine Ziehharmonika, eine Kugel läuft an der Schädeldecke von der Basis zum Scheitel, das Gehirn wird zersägt, der Herzschlag gehemmt oder beschleunigt, der Harn abgezogen oder zurückgehalten. Vor allem aber werden die Freuden normaler und abnormer Geschlechtsbefriedigung und noch häufiger alle sexuellen Scheußlichkeiten, die man sich ausdenken kann, gespürt: es wird der Same abgezogen, man brennt, schneidet, reißt die äußeren und inneren

Genitalien aus, Frauen werden in der raffiniertesten Weise geschändet, zum Koitus mit Tieren gezwungen. Oft wird das Sexuelle an den Empfindungen verkleidet; eine Patientin spürt statt des Koitus ein Schaukelpferd im Bett. Sexuelle Empfindungen werden in das Herz, in den Mund, in die Nase verlegt u. dgl.

Gesichtshalluzinationen sind in chronischen Zuständen selten, und, wenn vorhanden, meist abgerissen, unzusammenhängend: ein Kopf, Engel so groß wie Wespen, Hände tauchen vor den Kranken auf, auch etwa ein Sexualtier, eine Schlange, ein Elephant, ein Pferd. In akuten deliriösen Zuständen wird ein ganzes Milieu halluziniert, das Paradies, die Hölle, ein Schloß, ein Kerker, alles mit handelnden Insassen. Dabei kann die Wirklichkeit weghalluziniert oder im Sinne des halluzinierten Milieus umillusioniert sein; in besonneneren Fällen werden die Bilder zum Teil in dieselbe hineinversetzt, bei ganz klarem Bewußtsein alle.

Wo halluziniert werden kann, treten auch Illusionen auf; doch sind sie weniger wichtig, als die Halluzinationen. Manchmal lassen sich beide Formen von Sinnestäuschungen nicht scharf auseinanderhalten.

Die Täuschungen der verschiedenen Sinne kombinieren sich namentlich in akuten Syndromen sehr leicht miteinander. Die Kranken erleben Szenen, sehen Personen handeln, hören sie reden, spüren ihre Beeinflussung, riechen oder schmecken ihre giftigen oder angenehmen Gaben. In besonnenen chronischen Stadien kombinieren sich meist nur Stimmen und Körperhalluzinationen. Die Sinnestäuschungen treten am häufigsten auf, wenn die Kranken sich selbst überlassen sind. Doch gibt es Ausnahmen; dann und wann treten sie gerade bei der Arbeit besonders störend hervor. Oft werden sie hervorgerufen durch einen anderen Sinneseindruck; der Kranke sieht den Arzt auf die Abteilung kommen und hört ihn gleich einen Befehl, der ihn betrifft, aussprechen; der im Schloß gedrehte Schlüssel wird schmerzhaft in der Brust gespürt (Reflexhalluzination). Nicht so selten sind die Halluzinationen in gewissem Grade vom Willen abhängig; die Kranken stellen laut oder in Gedanken Fragen, die ihnen beantwortet werden; sie begeben sich in gewisse Situationen, in denen die Sinnestäuschungen auftreten, oder in andere, in denen sie ihnen Ruhe lassen.

Die Intensität der Halluzinationen kann alle Grade vom leisesten Flüstern bis zur erschreckenden Donnerstimme, vom leichtesten abnormen Gefühl bis zum unerträglichsten Schmerz annehmen.

Ebenso schwankt die Deutlichkeit in maximalen Grenzen. Häufig sind die Trugwahrnehmungen eigentlich sehr undeutlich. Die Patienten bemerken es aber nicht, da ihnen deren Sinn von vornherein klar ist; sie halluzinieren viel mehr den Sinn als das Wort. Wenn sie gedrängt werden, eine Stimme wörtlich wiederzugeben, so tun sie es oft unmittelbar nacheinander in verschiedenen Worten; aber der Sinn, z. B. der Beschimpfung, bleibt der nämliche; ein deutlicher Geruch rühre von Schlangengift *oder* von Morphium her usw.

Ähnlich die Projektion nach außen, die für den Kranken sehr viel häufiger, als er zunächst bemerkt, eine ganz unbestimmte ist. Bei genauerem Fragen stellt sich sehr oft heraus, daß die Patienten zwischen lebhaften Gedanken und eigentlichen Stimmen, zwischen Vorstellungen und vorgemachten Bildern und (halluzinierten) Gegenständen nicht unter-

scheiden und auch kein Bedürfnis haben, es zu tun. Extrakampine Halluzinationen kommen gerade bei der Schizophrenie am häufigsten vor.

Trotzdem steht der Realitätswert der Halluzinationen den Kranken meist als selbstverständlich fest. An die Stimmen glauben sie gewöhnlich unerschütterlich, und wenn dieselben mit der Wirklichkeit in Konflikt kommen, so ist es die letztere, deren Realität sie verwerfen oder wenigstens anzweifeln. Halluzinationen, deren Krankhaftigkeit trotz Schärfe der Pseudo-Wahrnehmung erkannt wird, kommen noch am ehesten beim Gesichtsinn vor.

So können auch die Kranken ihren Halluzinationen nicht leicht ausweichen, während man doch sonst im Leben einen großen Teil der normalen Sinneseindrücke ignorieren kann. Erst mit Jahr und Tag lernen einzelne der Intelligenteren den Sinnestäuschungen keine Beachtung mehr schenken; die meisten Kranken, die allmählich trotz aller halluzinatorischer Belästigungen ruhiger werden, finden sich mit der Zeit so mit ihnen ab, daß sie sie in eine andere Welt, in einen abgespaltenen Teil des Ich versetzen, der sich von der Wirklichkeit stark abschließt. So können sie ruhig arbeiten oder sonst sich in den Anstaltsmechanismus einfügen, obschon sie beständig Stimmen hören und körperlich gequält werden.

In einem gewissen Gegensatz zu dieser Aufdringlichkeit der schizophrenen Halluzinationen steht die Eigentümlichkeit, daß sie, sobald ein anderer Zusammenhang der Gedanken vorliegt, leicht ausgeschaltet, abgespalten, werden. Auch Patienten, die fast beständig mit ihren Halluzinationen beschäftigt und von ihnen beeinflußt sind, können deshalb mit dem besten Willen gar nichts über sie aussagen, sobald sie darüber befragt werden.

Über die Art, wie die Halluzinationen entstehen, machen sich die Kranken die verschiedensten Vorstellungen. Oft sind es komplizierte Maschinen oder telepathische Einflüsse, mit denen sie gequält werden. Früher war es Verzauberung. Auch besondere Talente, „Hinterhörigkeit", befähigen die Kranken, Stimmen wahrzunehmen.

Das Verhalten der Schizophrenen gegenüber ihren Halluzinationen ist äußerst verschieden. Viele finden sich mit ihnen ab, andere vergnügen sich sogar ruhig damit; sehr viele aber reagieren mit Aufregungen und Drohungen und Gewalttätigkeiten dagegen. Im akuten Dämmerzustande betätigen sich die Schizophrenen manchmal entsprechend ihren Vorstellungen, oder sie ergeben sich passiv in alles, liegen katatonisch da, teils mit dem Bewußtsein der Reaktionslosigkeit, teils infolge kinästhetischer Halluzinationen selbst zu handeln glaubend, wie der Normale im Traume.

β) Die Wahnideen. Die schizophrenen Wahnideen tragen zumeist den Stempel des Unlogischen. Auch in den Wahnideen selbst können widersprechende und gar nicht zusammengehörige Vorstellungen nebeneinander bestehen; der krasseste Widerspruch mit der Wirklichkeit wird nicht gefühlt. Der Arzt ist zugleich der Bekannte Müller; er kann aber daneben auch „als der Meier oder der Schulze kommen". Der Patient selber ist schon längst tot, lebt aber in der Anstalt. Eine Katatonica verschlang mit jedem Schluck die ganze Welt; einem Kranken hat man viele Male den Kopf abgehauen. Oft sind die Ideen äußerst unbestimmt. Er besitzt hunderttausend Franken, die er gelegentlich, ohne den Widerspruch zu merken, auf zehn Franken taxiert. Viele Ideen sind rein sym-

bolisch gemeint; die Patientin „ist“ die Kraniche des Ibykus, weil sie „frei von Schuld und Fehle“ sei und „frei“, d. h. nicht eingesperrt sein sollte.

Die Einzelwahnideen haben untereinander wenig oder gar keinen logischen Zusammenhang, sie bilden oft ein wahres „Wahnchaos“. Doch ordnet sich dasselbe meist sehr gut nach affektiven Bedürfnissen. Die Kranken wollen mehr sein, als sie sind; da haben wir Größenwahn. Das Gewünschte gelingt ihnen nicht, sie selber wollen aber nicht insuffizient sein; daraus entspringt Verfolgungswahn.

Inhaltlich spielen Nachstellungen die hervorragendste Rolle. Bestimmte Einzelpersonen, Verwandte, Vorgesetzte, die Ärzte der Anstalt, dann aber namentlich ganze Komplotte, die Freimaurer, die Jesuiten, die „schwarzen Juden“, Gedankenleser, „Spiritismusmacher“, verfolgen den Kranken mit Stimmen, verleumden und vernichten ihn, tun ihm alle die Qualen an, die wir objektiv den körperlichen Halluzinationen zuschreiben. („Physikalischer Verfolgungswahn.“)

Der Größenwahn läßt den Patienten ein Talent oder sonst eine Größe sein (Erfinder, Graf, Kaiser, Papst, Christus, Prophet). Derselbe ist selten ganz rein, sondern meist gemischt mit Verfolgungswahn. Erotische Aspirationen sind bei Frauen fast immer, bei Männern recht häufig vorhanden. Sind dieselben im Vordergrund, so handelt es sich, wenigstens bei Frauen, meist zugleich um Standeserhöhung; sie haben einen Geliebten, der sozial höher steht; daß er sie bis jetzt nicht geheiratet hat, daran sind Neider schuld. Auch Eifersuchtswahn kann schizophren sein. Verarmungs- und Versündigungswahn besteht gewöhnlich nur bei Depressionen, Selbstanklagen können aber auch Ausdruck unterdrückter Wünsche oder dann bloße Folge zufälliger Assoziationsverbindungen sein. So zeigte sich ein Patient fälschlicherweise an, er habe ein Mädchen vergewaltigt. In einem Dorfe, wo es mehrfach brannte, bekam ein Schizophrener die Idee, er habe angezündet. Die Leute, die sich bei einem sensationellen Verbrechen vor Gericht fälschlich als Täter melden, sind meistens alkoholische Schizophrene.

Sehr häufig sind autopsychische Wahnideen; der Patient ist gar nicht derjenige, für den man ihn angesehen hat, sondern ein ganz anderer; er heißt nicht so, wie die Papiere ausweisen, er ist in einer Badewanne eingefroren und doch hier; ein Fräulein „ist verstellbar, bald Jungfrau, bald Frau“. Andere Kranke sind in Tiere verwandelt, ein Wahn, der allerdings bei besonnenen Zuständen selten anzuhalten pflegt. Häufiger wird das Geschlecht, manchmal auch das Alter, gewechselt. Dann wieder sind es gar nicht die Patienten selbst, die denken und handeln, sondern fremde Gewalten in ihnen (Dämonismus).

Alle schizophrenen Wahnformen, vor allem aber der Verfolgungswahn, ziehen ihre Nahrung zum großen Teil aus einem unbändigen Beziehungswahn. Alles was geschieht, kann Beziehung zu den Patienten haben, nicht nur, was die Menschen tun, sondern auch äußeres Geschehen: ein Gewitter, der Krieg usw.

Meist sind die Wahnideen den Kranken selbstverständliche Wahrheiten. Manche Patienten allerdings fühlen in gewissem Zusammenhang selbst das Ungereimte oder das Merkwürdige, ohne indessen dadurch zu einer Korrektur veranlaßt zu werden. Die Reaktion auf die Wahnideen ist manchmal eine adäquate in dem Sinne, daß die Verfolgten sich be-

klagen und wehren oder die Megalomanen ihre Ansprüche durchsetzen wollen; da trägt einer einen Zylinder, um seine Würde als „Inspektor der Anstalt“ zu demonstrieren; ein anderer haut einem beliebigen Menschen, den er für einen Verfolger hält, eine Ohrfeige; zur Abwehr der geheimnisvollen „Beeinflussungen“ werden zauberähnliche Gegenmaßregeln getroffen. Viel häufiger aber ist das Benehmen der Kranken ein inadäquates. Sie tun in Wirklichkeit nichts, um ihre Ziele zu erreichen; der Kaiser und Papst hilft die Äcker düngen; die Himmelskönigin plättet den Patienten die Hemden oder beschmiert sich und den Tisch mit Speichel.

Die in akuten Zuständen gebildeten Wahnideen können als „Residualwahn“ (NEISSER) in die ruhigen Stadien hinüber genommen werden. Meistens aber treten sie mit den andern akuten Erscheinungen zurück, wenn auch kaum je ein Schizophrener eine völlige Objektivität gegenüber einer Wahnidee gewinnt. In chronischen Zuständen entstandener Wahn wird meist lange Zeit, oft ein ganzes Leben festgehalten, wenn es auch selten ist, daß er nicht mit der Zeit Zutaten und Umbildungen erfährt, die ihn aber nur ausnahmsweise wesentlich verändern. Immerhin finden wir in den Stadien höherer Verblödung, wo die Abschließung von der Wirklichkeit das Urteil am stärksten trübt, die Wünsche am häufigsten im Größenwahn erfüllt, während vorher die Hindernisse der Wunscherfüllung mehr zum Bewußtsein kamen und Anlaß zu Verfolgungsideen gaben. Eine der gewöhnlichsten und oft sehr raschen Umbildungen ist die, daß der Geliebte zum Verfolger wird. — Bei einem Wechsel der Umgebung werden Wahnideen, die sich an diese anknüpfen, manchmal für kürzere Zeit in den Hintergrund gedrängt; bald aber erscheint das neue Milieu dem alten gleichwertig und zieht die früheren Wahnideen an sich.

Die Wahnideen tauchen zu einem großen Teil in Form von Halluzinationen auf, andere als Gesichtstäuschungen, viele entspringen plötzlich als primordiale Ideen dem Unbewußten; manche entstehen im Traum, wobei es bezeichnend ist, daß die Patienten diese Genese oft kennen, ohne deswegen Zweifeln an der Richtigkeit Raum zu geben. Selbstverständlich bilden manische und melancholische Stimmungsverschiebungen die ihnen entsprechenden Ideen aus.

γ) Die akzessorischen Gedächtnisstörungen. Gelegentlich treten Hypermnesien auf, indem einzelne Erinnerungen mit besonderer Lebhaftigkeit emportauchen, manchmal mit dem Charakter des Zwanges. Häufiger sind Erinnerungslücken (Amnesien), z. B. nach Delirien, aber auch etwa nach bloßen, psychisch bedingten Aufregungen. Am gewöhnlichsten aber sind Paramnesien, sowohl in Form von Illusionen wie von Halluzinationen des Gedächtnisses. Eine Kranke, die innerlich mit ihrem Manne nicht ganz zufrieden ist, klagt sich an, ihn schrecklich verleumdet zu haben. Manche finden gedruckt, was sie vor Zeiten gedacht haben. Über alles, was andere geschrieben, haben sie schon längst geschrieben. Ganz gewöhnlich ist es, daß Kranke, die mit ihrer Umgebung nicht auskommen, nachträglich alles Böse von ihr erduldet zu haben glauben, während sie in Wirklichkeit die Angreifer waren. Erinnerungshalluzinationen sind sehr häufig. Auf einmal, beim Kartenspiel, wird ein Kranker aufgeregt und schimpft darüber, daß man ihn gestern um die und die Zeit, die er in Wirklichkeit ganz ruhig verbrachte, nackt ausgezogen und geprügelt habe (vgl. ferner S. 77 u. 78).

Viel seltener sind identifizierende Erinnerungstäuschungen (S. 80). Wenn sie aber einmal vorhanden sind, können sie konsequent jahrelang festgehalten werden, so daß z. B. ein Kranker bei allem, was geschieht, die Einbildung hat, das sei genau in der gleichen Weise am nämlichen Datum des Vorjahres geschehen.

(Negative Erinnerungshalluzinationen siehe S. 74.)

δ) Die Person. Verlust des Aktivitätsgefühls und Unfähigkeit, die Gedanken zu dirigieren, berauben das schizophrene Ich oft wesentlicher Komponenten. Assoziationsstörungen und krankhafte Körperempfindungen lassen es ganz anders erscheinen als früher, so daß den Kranken ihr veränderter Zustand zum Bewußtsein kommt; sie sind eine andere Person geworden, oder sie müssen wenigstens „für kurze Momente ihr eigenes Ich finden". Die Begrenzung des Ich gegenüber anderen Personen, ja gegenüber Sachen und abstrakten Begriffen können sich verwischen; der Patient kann sich nicht nur mit einer beliebigen anderen Person, sondern auch mit einem Stuhl, mit einem Stab identifizieren. Seine Erinnerungen werden in zwei oder mehrere Teile gespalten; die einen seiner Erlebnisse schreibt er dem wirklichen J. Huber zu, die anderen seiner neuen Persönlichkeit, die in Charenton geboren ist und Midhat Pascha heißt. Andere sind von einem bestimmten Moment an eine neue Persönlichkeit. (Vgl. S. 292 die autopsychischen Wahnideen.)

Objektiv leidet die Persönlichkeit durch die große Selbständigkeit der einzelnen Komplexe. Bei gewöhnlichen Gelegenheiten kann ein Patient normal erscheinen. Bringt man ihn auf seine Wahnideen, so ist er ein ganz anderer, mit anderem Charakter, mit anderer Logik, mit anderem Blick; umgekehrt können manche schwer Katatonische durch ein Eingehen auf ihre Komplexe vollständig aufgeschlossen werden und ihr Benehmen so verändern, daß man die Krankheit momentan kaum mehr nachweisen kann. Gegenüber den einen Personen sind viele Schizophrene äußerlich normal, anderen gegenüber brutal oder verschlossen oder negativistisch. Dabei verhält es sich nicht so, daß die Änderung eine gewollte oder nur bewußte wäre. Es besteht einfach eine ganz andere Schaltung; Gefühle und Triebe und sogar Assoziationen, die im einen Bilde dominieren, sind im anderen abgesperrt und dafür sind andere eingeschaltet. Beide Spaltprodukte der Person können nebeneinander existieren. Am ausgesprochensten habe ich das bei einer Patientin beobachtet, die in der Regel, während sie einer Vorlesung zuhörte und diese tadellos auffaßte, oder auch während des Gespräches mit uns, leise flüsternd oder mit Gesten sich mit ihren pathologischen Gebilden unterhielt.

Transitivistische Erscheinungen sind nirgends so häufig wie bei der Schizophrenie. Ganz gewöhnlich sind die Kranken davon überzeugt, daß auch die Umgebung ihre Stimmen höre, ja manchmal, daß sie ihre physikalischen Verfolgungen mit ihnen durchmache. Eine Kranke hat Löcher in den Händen und behauptet, die Wärterin habe Löcher in den Händen. Ein Patient schlägt sich zwanzig Male in der Meinung, seine Feinde zu schlagen. Ein Hebephrene meint, wenn er irgend etwas tut, z. B. sich im Gesicht kratzt, das mache gar nicht er, sondern eine andere Person, die er gerade vor sich sieht.

Seltener sind Appersonierungen: Eine Frau, die ihren Mann an Darmkrebs pflegte, glaubte das gleiche Leiden zu haben, wodurch erst

ihre Krankheit manifest wurde. Der Bettnachbar eines Patienten stirbt; dieser hält sich darauf selbst für gestorben.

Im Dämmerzustande, in Zornanfälen, sind die Patienten oft von Charakter und Ideen ganz andere Leute als sonst. Personenveränderungen der verschiedensten Art werden oft nicht nur durch Haltung und Benehmen markiert, sondern gelegentlich auch durch eine andere Sprache; die eine Person spricht leise, die andere laut, die eine artikuliert kindlich, die andere normal.

ε) Sprache und Schrift. Die meisten Schizophrenen zeigen in der Sprache nichts Auffallendes, doch sind bei unseren Anstaltspatienten Störungen dieser Funktion nicht selten. Häufig ist der Sprachtrieb verändert: Die Kranken sprechen viel, oft ohne etwas zu sagen und ohne verständlichen Grund; andere sprechen gar nicht mehr (Mutismus), und zwar aus verschiedenen Gründen: Sie geben zuweilen die Auskunft, daß Versündigungsideen ihnen das Sprechen verbieten. Daß aber die Wahnideen gerade diesen Inhalt haben, bedarf einer weiter zurückliegenden Ursache, z. B. negativistischer Strebungen. Vorübergehend hindern auch Sperrungen das Sprechen. Der wichtigste Grund von anhaltendem Mutismus ist jedenfalls der, daß die Kranken den Kontakt mit der Außenwelt verloren und ihr nichts zu sagen haben.

Sprechen die Kranken, so kann der Tonfall abnorm sein, zu laut, zu leise, zu schnell, zu langsam, durch die Fistel, brummend, grunzend, staccato, überstürzt usw. Es kommt auch vor, daß Kranke zum Sprechen den Mund gar nicht aufmachen, wodurch natürlich die Verständlichkeit auf Null reduziert wird. Dann ist die Sprache wieder affektlos, eintönig oder in irgend einer Weise manieriert (die Verbigeration siehe unter Stereotypie). Die Sprechmanieren drücken oft einen bestimmten Komplex aus, Kinderkomplex in Diminutiven und hoher Stimme, soziale Aspirationen in Fremdworten und vornehm sein sollenden Betonungen. Eine Katatonika sprach auch in besonnenem Zustand für gewöhnlich in nicht auffallendem Zürichdeutsch, über ihre Krankheit immer im St. Gallerdialekt; wenn von ihrem Manne die Rede war, in schnodderigen Ausdrücken und Flüchen; bei dem Thema „Amerika", das mit ihren Aspirationen in Verbindung stand, gebildet, nett.

Häufig werden Begriffe durch andere Worte bezeichnet, „wacker" durch „räudig", eine Stockuhr durch „Büffet", oder es werden Neologismen gebildet, teils für bestehende Begriffe, teils zur Bezeichnung von neuen Vorstellungen. „Doppelpolytechnikum" bedeutet den Inbegriff aller Geschicklichkeiten der Patientin und der dazu gehörigen Belohnung; man macht dem Patienten „auf dem Kosmoswege" Schmerzen. Unter Umständen geht auch die Grammatik in die Brüche (Paragrammatismus). Viele Worte werden uneigentlich gebraucht, so z. B. häufig das Wort „Mord", das alle die Quälereien bezeichnet, die die Kranken erleben. „Ich bin England" heißt: „England gehört mir".

Ein Paranoider schrieb: „Zentraleuropa und Zentraleuropaaera Nr. 3258 Eernst Gis-er Trauungg auch dder Schlüsel ddurch Herr Pfarrer Dr. Studer Kaiser DDes Titt. Standenbank pprr p 96 oder Postbrief 3 vvia Kaiserlichen undt Königlichen auch Kaiserlich Königlichen Gewerbes Titt, Rheinau. Mo work Badd ggut 3/8 Herr dr. hc. 30/7 Bern 27/7 D 18/7 kurz 30/7 3/8 Aa 1906 Datum. Ssaie Zahlen geegen Voorweisen eeines Billetes Frkn Achttausendt in Banknotenn auch Titt. Berner Kantonalbank in Bern oder B K B. Frkn 8000 baar Bestände à Zehn Prozente Frkn 8.800 ieddenfals Frkn 800 maal Zehn à eilf". Das Schriftstück will sagen: „Wir Kaiser von Zentraleuropa, E....., Nr. 3251,

Zürich d. 2 ...

Lieber Bruder!

Kann dich wirklich nicht begreifen dass du mir nicht eine Musick geschickt. Sei doch so gut, so schicke mir doch eine, ich habe ja sonst nur lange Zeit, so du wirst begreifen, dass es hier nicht so gemütlich ist, wie bei euch. Schicke mir also eine Feine u. Solide Musik. Du kriegst ~~sie~~ eine schon für 2.–3 frs. ist ja nicht viel. nur so ein Hôtel Secretär. Nach hoffe ich dass ich in 3 oder 4 Wochen entlassen werde. Ich bin ja soweit, gesund, dass ich schon draussen Arbeiten kann. Ich kann aber nicht viel machen, so lange ich hier bin, du musst halt denken, die H.H. Docktörcher sind hier, die Herren der Schöpfung. Und wenn ich hier fort bin so komme natürlich nicht nach B. sondern gehe →

Abb. 24. Wechselnde Schrift eines Hebephrenen. Auf den folgenden — hier nicht reproduzierten — Seiten wechselt auch die Größe. Ins Schriftdeutsche werden unmotiviert Dialektworte eingefügt.

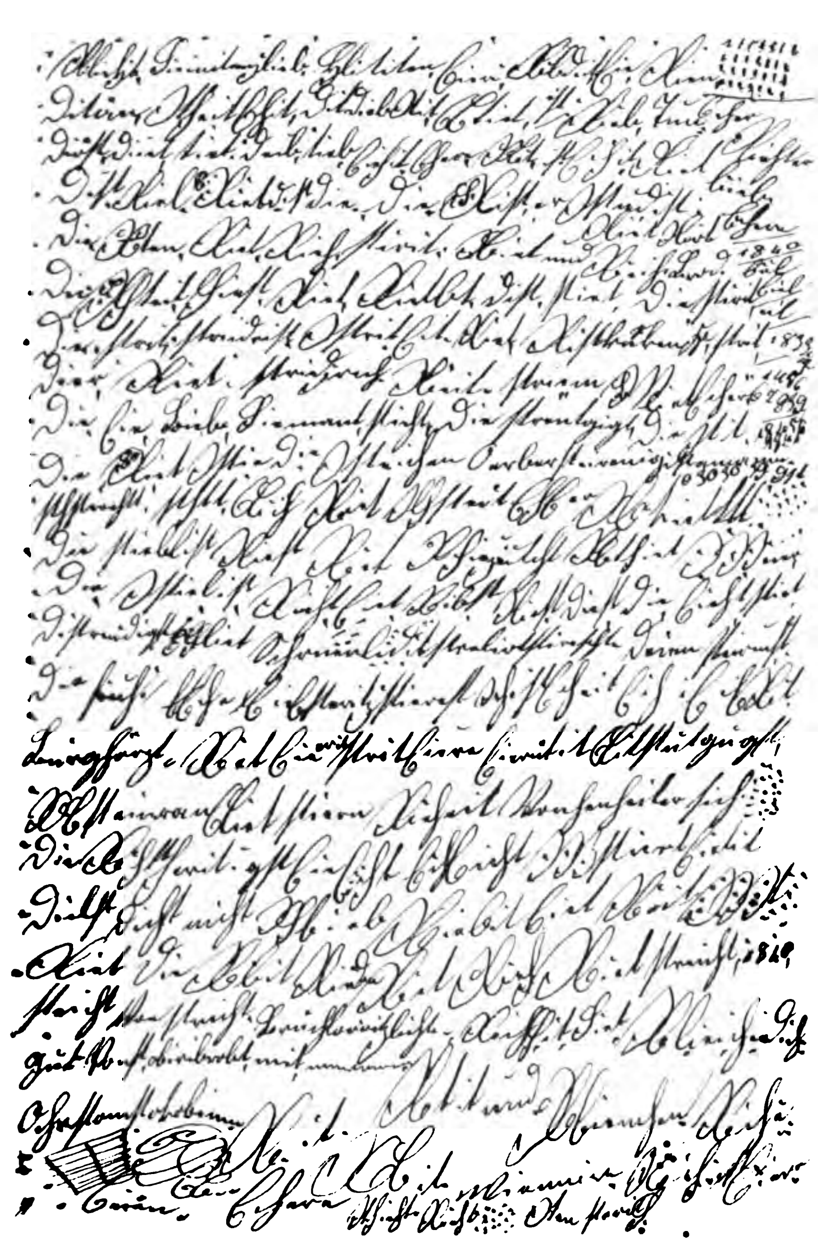


Abb. 25. Briefseite eines Schizophrenen. Unverständlich. Stereotypien in Worten und Zutaten. Abgesehen von diesen Stereotypien nichts Katatonisches. Patient kann seit einigen Jahren wieder draußen leben.

getraut mit Frl. Gisler (wobei zugleich das Recht auf Freiheit gewährle- haber und Herrscher über die Bank, durch welche wir mittels Postanweisun dürfnisse erhalten, und des Gewerbes in Rheinau, erlassen folgenden Befe Berner Kantonalbank zahlen gegen Vorweisen eines Billets Fr. 8000 in bar.

Unter Umständen werden nur Worte gesagt oder ges für uns keine Bedeutung haben (Wortsalat), oder der Kr

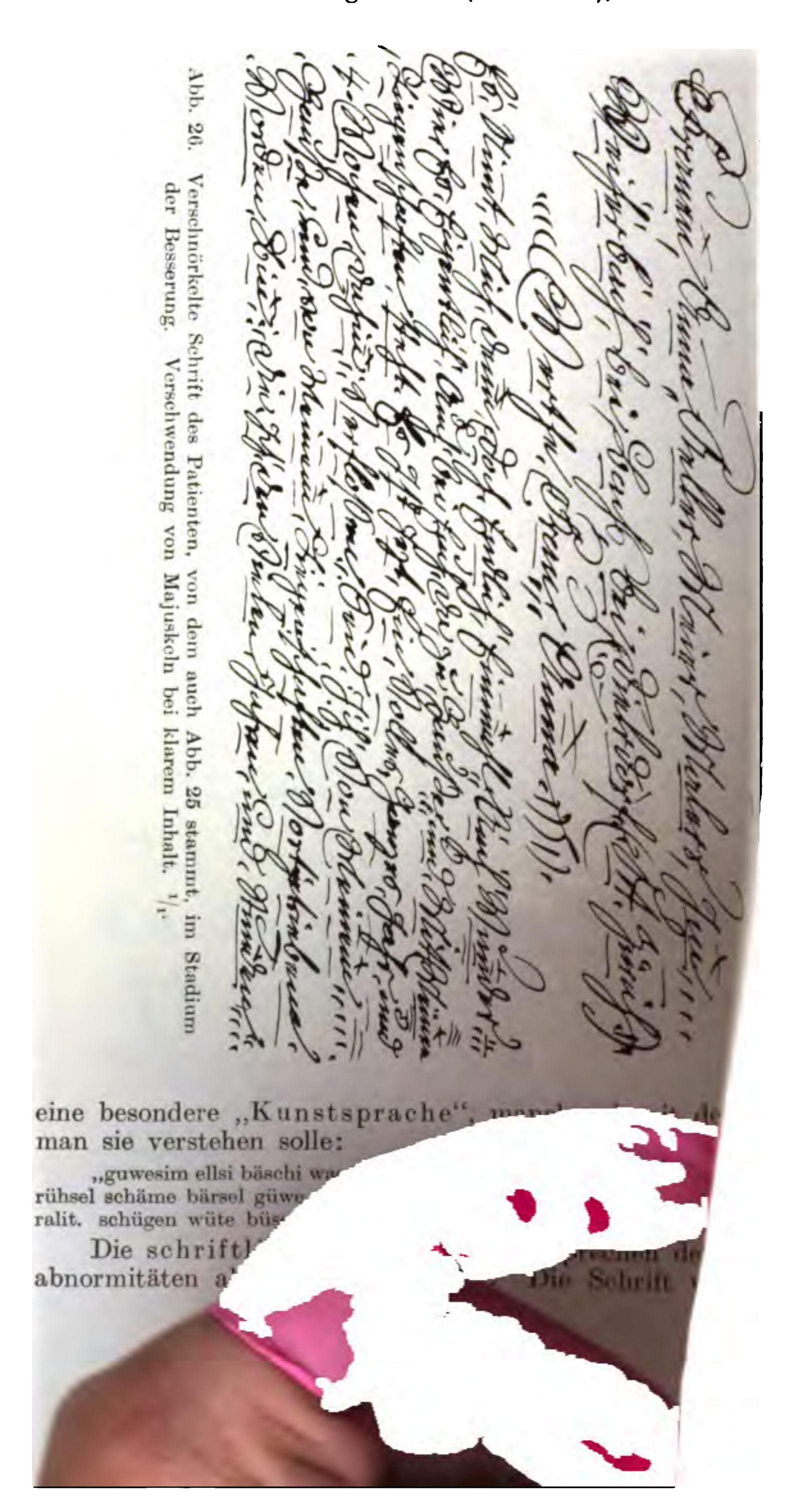


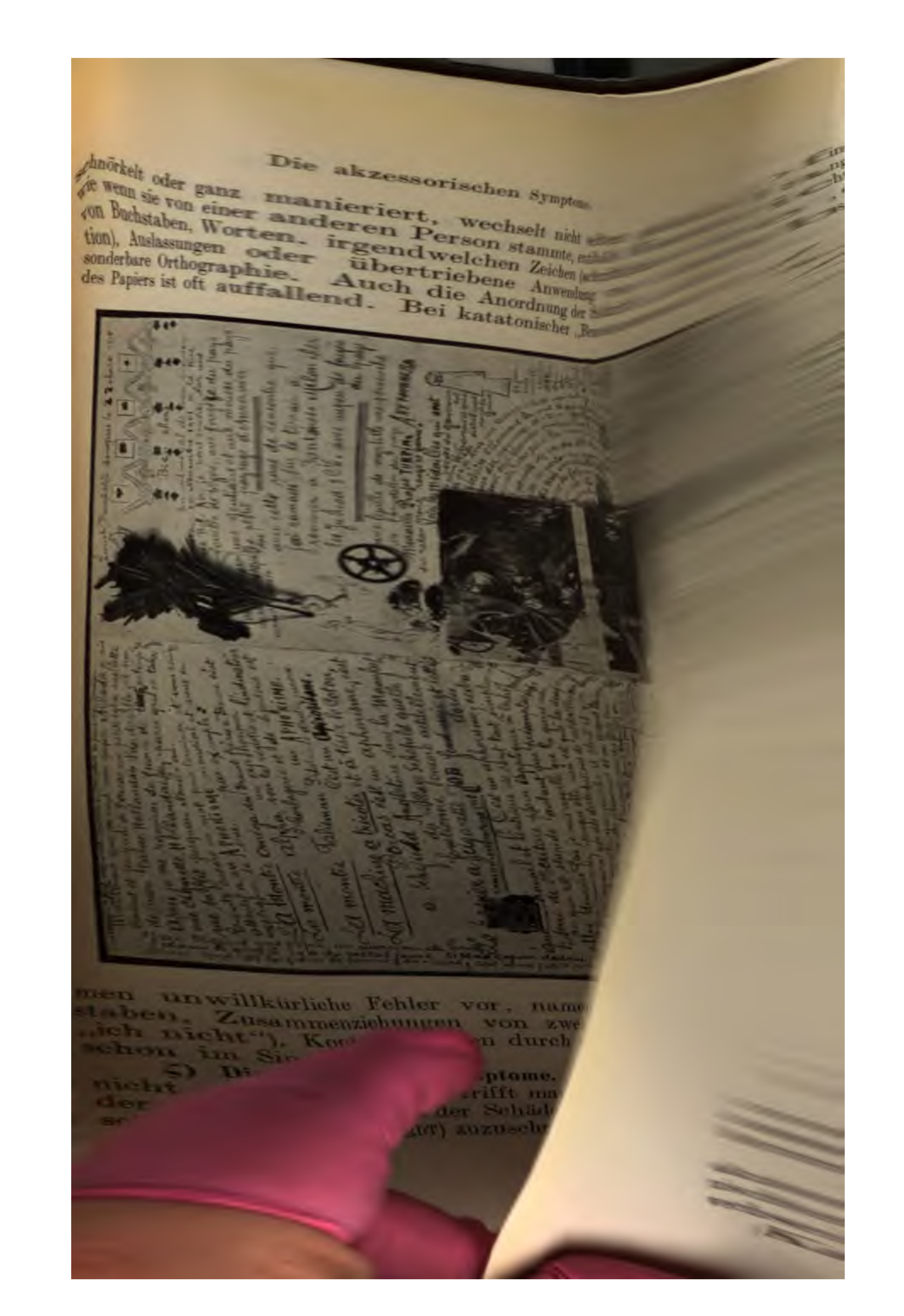
Abb. 26. Verschnörkelte Schrift des Patienten, von dem auch Abb. 25 stammt, im Stadium der Besserung. Verschwendung von Majuskeln bei klarem Inhalt. 1/1.

eine besondere „Kunstsprache", ... man sie verstehen solle:

„guwesim ellsi bäschi wa... rühsel schäme bärsel güw... ralit. schügen wüte büs...

Die schrift... abnormitäten a... Die Schrift

schnörkelt oder ganz manieriert, wechselt nicht ...
wie wenn sie von einer anderen Person stammte, ...
von Buchstaben, Worten, irgendwelchen Zeichen ...
tion), Auslassungen oder übertriebene Anwendung ...
sonderbare Orthographie. Auch die Anordnung der ...
des Papiers ist oft auffallend. Bei katatonischer „Be...



...men unwillkürliche Fehler vor, name...
...staben, Zusammenziehungen von zwe...
„ich nicht"), Ko... ...n durch ...
...schon im Si...

5) Di... ...ptome.
nicht ... ...rifft ma...
der ... ...der Schäd...
s... ...ier) zuzusch...

Das Körpergewicht zeigt große und launenhafte Schwankungen; namentlich häufig ist ein starker Fettansatz während der Rekonvaleszenz von akuten Auftritten. Während katatonischer Zustände haben wir häufig eine schwere Störung des Stoffwechsels; das Bild sieht aus wie eine Infektion: stark belegte Zunge, Zittern, rasche Abnahme des Körpergewichtes und der Kräfte, auch wenn genügend Nahrung eingegeben wird, manchmal auch etwas erhöhte Temperatur. Diese Stoffwechselstörungen können ebenso wie die Hirnschwellung tödlich sein.

Die Tätigkeit des Darms und der verschiedenen Drüsen ist in den meisten chronischen Fällen, soweit wir wissen, normal, unter Umständen aber ganz launenhaft; Verstopfung kann mit häufigen Stuhlgängen abwechseln, Polyurie mit Penurie. Hochgradiger Ptyalismus und trockener Mund kommen gleicherweise vor.

Vielleicht am auffallendsten sind die Funktionen des vasomotorischen Apparates alteriert. Der Puls kann ohne verständlichen Grund schwanken; häufig besteht Livor und Cyanose, die in seltenen hochgradigen Fällen bis zu blauschwarzer Färbung der Hände und Füße gehen kann. Dann ist wieder der Kopf oder irgend ein beliebig umschriebener Körperteil erhitzt, ein anderer Teil kalt. Ödeme von einer auffallenden Konsistenz treten an den Füßen, im Gesicht, an den Handgelenken, gelegentlich auch an ganz ungewohnten Stellen auf. Die Menstruation ist oft gestört, aber viel mehr im Sinne der Verminderung als einer Hyperfunktion. Namentlich in akuten Stadien zessiert sie meistens eine Zeitlang. Subjektive Menstruationsbeschwerden kommen aber kaum je vor, ein wichtiger Hinweis darauf, daß sie psychisch bedingt sind. Männer sind manchmal impotent oder wenigstens besteht verminderte Libido.

Der Schlaf ist während akuter Schübe natürlich meist gestört; dafür sieht man etwa andauernde Schlafsucht. Chronische Patienten schlafen bald normal, bald werden sie durch Halluzinationen die Nacht durch in Aufregung erhalten.

Die Ermüdungserscheinungen sind sehr verschieden: namentlich im Anfang sind sie zuweilen ein hervorstechendes Symptom; die Kranken werden bei jeder Arbeit, namentlich beim Denken, sofort müde und ziehen sich deshalb auf ein möglichst vollständiges Nichtstun zurück. manchmal nach einem harten Kampf gegen das Übel. Andere wieder spüren kaum Müdigkeit, weder beim Arbeiten, noch bei den Anstrengungen, die ihnen die Aufregungen oder die Hyperkinesien verursachen.

Von motorischen Symptomen sind noch zu erwähnen die häufigen Verstärkungen der idiomuskulären Kontraktionen und fibrilläre oder auch muskuläre Zuckungen im Gesicht, dann feinschlägiges Zittern (grobschlägiges gehört nur akuten Störungen mit Schwächung an).

Der Gang ist in schweren Fällen oft auffallend, wie ziellos, unregelmäßig in bezug auf Schrittlänge und Schrittdauer. Organische Lähmungen gehören nicht zum Bilde der Schizophrenie, wohl aber hysteriforme aller Art, wenn sie auch nicht gerade häufig sind.

Die tiefen Reflexe sind meist verstärkt. Die Pupillen sind in akuten Zuständen oft pathologisch weit, selten und wohl nur bei chronischen Patienten übertrieben eng, häufiger aber vorübergehend und wechselnd ungleich. Gewöhnlich fehlen die psychischen Pupillenreflexe.

(Katalepsie siehe unten bei den katatonen Symptomen.)

Neben den Halluzinationen der Körperempfindungen sind **Parästhesien** aller Art sehr häufig und bilden oft lange Zeit die einzigen Symptome der Krankheit. Merkwürdig ist eine nicht zu selten vorkommende und manchmal ganz vollständige **Analgesie**, die es mit sich bringt, daß die Kranken sich leicht absichtlich und unabsichtlich verletzen.

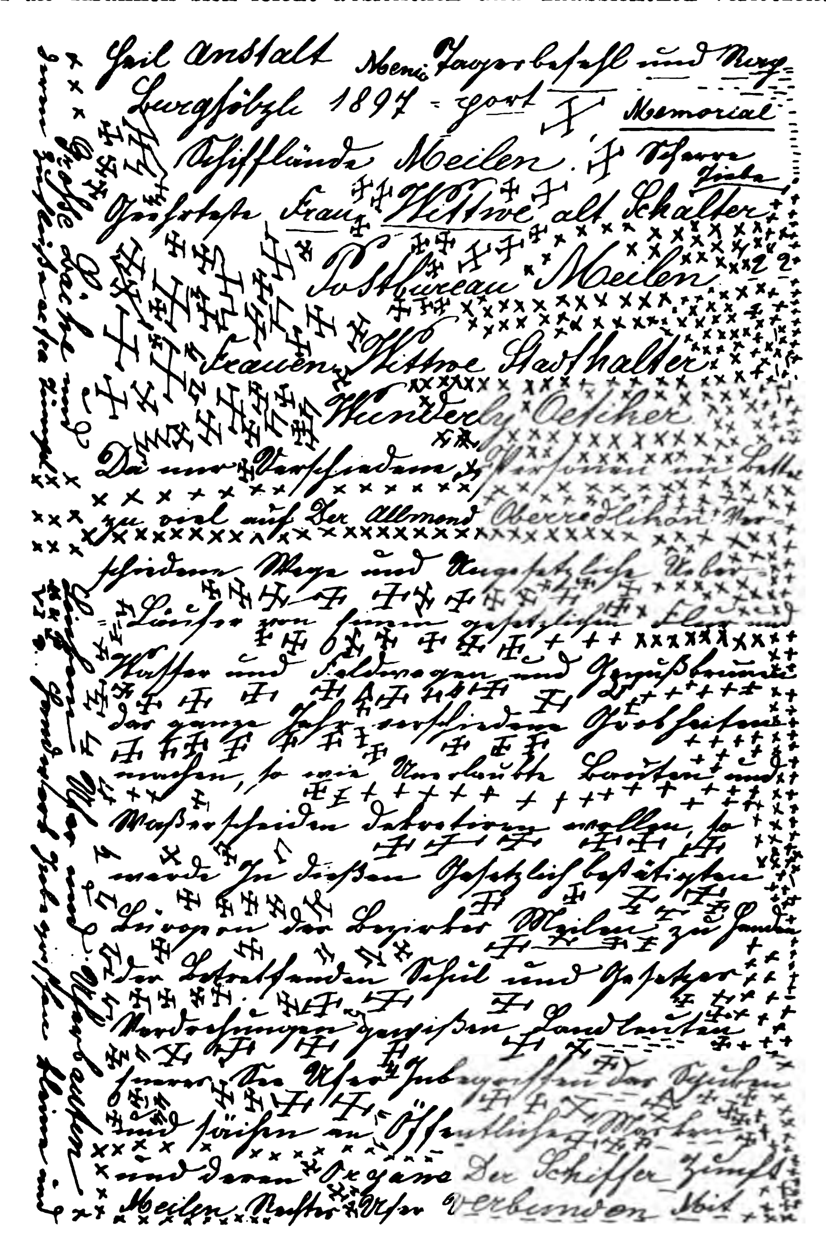


Abb. 28. Briefanfang eines leicht manischen Katatonikers mit stereotypen Raumausfüllungen. Patient war nach dem Anfall viele Jahre lang wieder fähig, sein Brot zu verdienen.

Manchmal kommen katatone Anfälle vor, die zwei
mit allen möglichen Zwischenformen haben: Auf der einen
psychische, hysteriform aussehende Anfälle, anderseits org
Bewußtseinsstörungen, gehindertem Ablauf der Gedanken.
lichen Entleerungen und gelegentlichen residualen leichten
Sprache, eines Fazialis, einer halben Körperseite. Wenn
dabei nicht ga
sind, delirieren
eines mehr o
durchsichtigen
Dämmerzusta
gibt es Ohnn
namentlich
epileptiforı
Körperl
dungen (
zeichen) sin
was häufiger
den, aber viel
als bei Idiote
Verbrechern

η) Die
ptome. Mit
bezeichnet
von Sympt
zeit den
konstituier
können ga
vorkomme
unwahrsch
doch eine
menhang
Sinne, da
gewissen
ebender F
liegt, an
kommen.

I.
(wächser
Pseudofl
Katalep

Abb. 29. Aus dem Notizbuch eines chronische Katatonikers. Verbigeration in Buchstaben. Ki dische Zeichnungen, während der Patient sonst n schlecht zeichnen kann. $^{1}/_{1}$.

Fußes, das andere Bein und beide
haben im Bett eine besondere S
Formen mit der starren Katalep

2. Stupor. Stupor versch

sucht z. B. jahrelang Bismarck zu mimen[1]); andere wollen sonst etwas Besonderes darstellen, fast immer in gespreizter, gemachter, karikierter Weise. Manchmal aber werden nur einzelne Handlungen irgendwie verändert oder verschnörkelt: Vor dem Einnehmen eines Bissens wird drei mal auf den Teller geschlagen, die Speisen werden siebenmal auf die Gabeln genommen und wieder heruntergeworfen, bevor sie in den Mund kommen; beim Ankleiden wird vor jeder einzelnen Teilbewegung das Tuch mehrfach gerieben; die Kranke geht dreimal um den Nachtstuhl herum, bevor sie sich setzt. In der Sprache werden Diminutive oder Fremdwörter mit affektierter Betonung gebraucht. An alle Wörter wird ein „io“ oder ein „ismus“ angehängt. Die Hand wird zum Gruße verkehrt gereicht, oder es wird nur der kleine Finger geboten.

6. Der Negativismus (S. 109) ist ein sehr häufiges und sehr unangenehmes Symptom der Schizophrenie. Wenn die Kranken aufstehen





Abb. 33a und 33b. „Schnauzkrampf“ bei einer Katatonika mit abwechselnden manischen und melancholischen Tagen. Wechsel der Phasen sehr bestimmt, oft von einer Minute auf die andere. a. am melancholischen Tag, b. am manischen Tag.

sollten, wollen sie zu Bett bleiben; sollten sie zu Bett bleiben, so wollen sie aufstehen. Sie wollen auf Befehl oder gemäß der Anstaltsordnung weder sich anziehen, noch sich ausziehen, weder zum Essen kommen, noch vom Essen gehen; können sie aber die gleichen Handlungen außerhalb der geforderten Zeit oder irgendwie im Gegensatz zum Willen der Umgebung tun, dann führen sie sie oft aus. Sie gehen spontan nicht auf den Abort, führt man sie hin, so halten sie die Exkremente zurück, um dann gleich nachher das Bett oder die Kleider zu beschmutzen. Sie essen die Suppe mit der Gabel oder dem Dessertlöffel, das Dessert mit dem Suppenlöffel. Viele wehren sich aus Leibeskräften gegen alle Einflüsse, oft mit aufgeregtem Schimpfen und Dreinschlagen; so wird der Negativismus zu einer Quelle der Wutanfälle. Er kann sich zur wahren Chicanose entwickeln, zu einem aktiven Triebe, die Umgebung beständig in raffinierter Weise zu ärgern; die Kranken verstecken ihre Sachen

[1]) Lenz kopierte Goethe, sogar indem er dessen ehemaligen Geliebten nachging.

und behaupten, die Wärter haben sie ihnen gestohlen oder nicht gegeben u. dgl. In einzelnen Fällen kann man den Patienten mit Sicherheit zu der gewünschten Handlung bringen, wenn man sie ihm verbietet oder ihm das Gegenteil befiehlt (Befehlsnegativismus).

Viele Kranke sind negativistisch gegen ihre eigenen Antriebe (innerer Negativismus); sobald sie eine Handlung ausführen wollen, kommt eine Sperrung oder ein Gegenantrieb, so daß sie oft gar nicht zu den einfachsten Handlungen, wie zum Essen, kommen. Der Löffel bleibt auf halbem Wege zum Munde stehen und muß schließlich wieder hingelegt werden.

Auch auf rein intellektuellem Gebiet sind negativistische Tendenzen oft recht störend, indem die Patienten zu jedem Gedanken auch das Gegenteil denken müssen: „Ich bin im Burghölzli, nein, ich bin nicht im Burghölzli" (intellektueller Negativismus). Sogar die Stimmen können anhaltend das Gegenteil von dem sagen, was die Kranken wollen oder denken, oder beide Gegensätze vorsagen.

Auch der ausgesprochenste Negativismus ist jedoch nichts Absolutes; gegen bestimmte Personen ist er meist größer als gegen andere. Oft kommt er nur zum Vorschein im Verkehr mit dem Anstaltspersonal, nicht aber mit den anderen Kranken. Manchmal wird er durch Anschneiden der Komplexe hervorgerufen.

Der Negativismus ist ein kompliziertes Symptom. Bis zu einem gewissen Grade ist „die negative Suggestibilität" etwas Normales, das sich namentlich bei kleinen Kindern oft unangenehm stark in den Vordergrund drängt, indem diese zunächst alles Mögliche abweisen. Daß der Negativismus bei den Schizophrenen sich ganz besonders ausspricht, kann einen elementaren Grund haben, den wir nicht kennen. Jedenfalls aber hängt er mit dem Autismus zusammen, der jede Störung von außen als unangenehm empfinden läßt. Aber auch das mangelnde Verständnis für die Umgebung, das Erleiden von Gegenmaßregeln (Einsperrung), bewirkt natürlich eine feindliche Einstellung. Manchmal, namentlich bei Frauen, spielt deutlich die Sexualität mit ihrer starken Ambivalenz mit und läßt die Kranken abweisen, was sie eigentlich möchten.

Der innere Zwiespalt bringt den inneren Negativismus hervor — wie der äußere den Bruch mit der Außenwelt.

Die Kranken selber können für ihr negativistisches Verhalten meist keine Begründung angeben. Die Erklärung durch Stimmen oder Wahnideen ist natürlich keine ausreichende, denn meistens wird es sich umgekehrt verhalten, daß eben diese Symptome inhaltlich durch den vorhandenen Negativismus bedingt werden.

7. Die Befehlsautomatie und die Echopraxie. Im äußeren Gegensatz zum Negativismus findet sich bisweilen bei unseren Patienten ein automatisches Befolgen gegebener Befehle und zwar auch dann, wenn die Patienten eigentlich widerstreben, z. B. wenn man ihnen befiehlt, die Zunge herauszustrecken und sie zu durchstechen droht. Außerdem kommt in besonnenen wie in dämmerigen Zuständen etwa Echopraxie und Echolalie vor.

8. Automatismen (inklusive Zwangsphänomene). Nirgends so häufig wie bei der Schizophrenie finden wir automatisches Handeln und zwar in den verschiedensten Stufen der Verbindung mit dem bewußten Ich (vgl. S. 107). Scheinbar bedeutungslose Bewegungen, Hochheben der Arme, Einnehmen der Stellung des Gekreuzigten, Schreien, dann eigentliche „Handlungen", wie Scheibeneinschlagen, Kleiderzerreißen, Schmieren, geschehen häufig ohne den bewußten Willen des Kranken. Gelegentlich allerdings kommt es auch zu einer Brandstiftung.

einem Mord oder einem Selbstmord; ein Teil dieser schweren antisozialen Handlungen wird aber so ungeschickt ausgeführt, daß man den Eindruck bekommt, ein inneres Widerstreben hindere die wirkliche Erreichung des Zieles.



Abb. 34. Grimassierender Katatoniker.

Automatische Antriebe können auch eine normal gewollte Handlung bloß verändern, indem z. B. eine komplizierte Strickarbeit gegen den Willen der Patientin, die das Muster gut kennt, falsch gemacht wird.

Automatismen der Sprache führen bei der Schizophrenie nur selten zu zusammengesetzten Reden, dafür manchmal zu unverständlichem Galimatias. Ihnen mag auch die Verbigeration zugezählt werden, wie überhaupt der große Teil der Stereotypien automatisch abläuft. Koprolalie hat oft den deutlichen Charakter des Zwanges.

Es gibt auch ein schizophrenes Zwangsdenken, ein Zwangserinnern, ja ein zwangsmäßiges Aufhören des Denkens. Von affektiven Störungen ist namentlich zwangsmäßiges Lachen häufig; es hat selten den Charakter des hysterischen Lachkrampfes, sondern den einer seelenlosen mimischen Äußerung, hinter der man kein Gefühl bemerkt. Es läßt sich oft hervorrufen durch Anspielung an einen Komplex. Manchmal fühlen die Kranken nur die Bewegungen der Gesichtsmuskeln („das ziehende Lachen").

Die Schizophrenen machen sich zum Unterschied von den Hysterischen und den Zwangskranken meist wenig Gedanken über ihre Automatismen. Es geschieht eben, sie können nicht anders, und damit sind sie zufrieden. Einzelne allerdings wehren sich dagegen und empfinden den Zwang, und noch mehr glauben sich besessen und von ihren Verfolgern beeinflußt. Im letzteren Falle treffen sie etwa Schutzmaßregeln, um sich an der Ausführung zu hindern (ein Holz in den Mund stecken gegen Aussprechen unziemlicher Worte).

Die Automatismen sind aufzufassen als Handlungen des Unbewußten; die Komplexe, aus denen heraus sie ihre Begründung haben, kann man bei einer Analyse zugänglichen Kranken oft nachweisen.

9. Die Impulsivität. Die schizophrene Impulsivität ist kein einheitliches Symptom, sondern eine häufige Erscheinungsweise des krankhaften Handelns, die verschiedenen Wurzeln entspringt.

Ein Teil der impulsiven Handlungen sind automatische, andere sind Affekthandlungen, „Entladungen" bei einer Affektspannung, in der sich die Patienten immer unbehaglicher fühlen. Dann muß etwas gehen; sie schimpfen los oder schlagen drein und zerreißen, um sich nach Minuten bis Tagen wieder zu beruhigen. Hierher mag auch der „Zuchthausknall" bei latenten Schizophrenen zu zählen sein. Ebenso führt plötzliches Aufflackern des Zornaffektes, wie es bei der Schizophrenie häufig ist, zu impulsiven Handlungen. Viele plötzliche Handlungen beruhen auf der Assoziationsstörung; es handelt sich um unmotivierte Einfälle, die widerstandslos ausgeführt werden.

ϑ) Akute Syndrome. Der Gang der Schizophrenie wird häufig unterbrochen durch akute Auftritte ganz verschiedener Erscheinung und Genese. Dahin gehören: Schübe des pathologischen Prozesses, häufig mit katatonisch-halluzinatorischer oder stuporöser Fazies, einfachere Exazerbationen des chronischen Zustandes, meist mit paranoiden oder katatonischen Syndromen, abnorme Reaktionen auf gefühlsbetonte Erlebnisse, besonders in Form von hysteriformen Dämmerzuständen oder von Schimpfanfällen. Ein Teil der manischen und melancholischen Stimmungsverschiebungen sind wohl Nebenprodukte des Krankheitsprozesses. Dann gibt es natürlich auch Zustände, die gar nicht von der Krankheit direkt abhängen, sondern dieselbe komplizieren oder höchstens von derselben ausgelöst werden, wie etwa periodische Verstimmungen, die einem begleitenden manisch-depressiven Irresein angehören mögen. Diese akuten Auftritte können Stunden bis Jahre dauern. Auch schwere Formen, die als selbständige Psychosen imponieren, können plötzlich, sozusagen von einer Minute zur andern, ausbrechen. Die so herausgehobenen Syndrome treten selten rein in die Erscheinung. Eine Exazerbation des schizophrenen Prozesses begünstigt das Auftreten psychogener Symptome; so mischen sich die Erscheinungen beliebig.



Abb. 35. Manische Schizophrene, die sich aus Gras und Zweigen einen Kranz gemacht, daneben in stereotyper Weise den in Form einer Wurst zusammengedrehten unteren Teil des Kleides mit beiden Händen umfaßt hält. Im Bett hält sie das in gleicher Weise zusammengedrehte Leintuch vor sich hin. Das Interesse an dem Vorgang des Photographierens verdeckt den sonst steifen Gesichtsausdruck.

Melancholische und manische Zustände bilden oft das erste manifeste Syndrom der Krankheit, können sich aber auch später noch einschieben. Sie dauern meist Monate bis Jahre und bestehen symptomatologisch aus einer Mischung der melancholischen resp. manischen Trias mit schizophrenen Symptomen.

Der depressive Affekt ist hier häufig mit Angst gemischt, erscheint aber steif, oberflächlich, die Äußerungen übertrieben, oft pathetisch; die Wahnideen fallen als zu unsinnig auf. Gelegentlich findet man Mischung von unsinnigen Größenideen mit dem depressiven Wahn. Die Denkstörung ist eine ganz extreme und kann zu einem absoluten Monideismus führen, der bei einfachen Melancholien wohl nicht vorkommt.

Die manischen Zustände sind ähnlich charakterisiert. Die frische Fröhlichkeit der Manischen fehlt: Wutausbrüche erscheinen oft ganz unmotiviert. Mit der Ideenflucht mischen sich Zerfahrenheit und bizarre schizophrene Assoziationen. Der manische Beschäftigungsdrang wird leicht zu einem unverständlichen Bewegungsdrang; den sonderbaren Handlungen können sich Faxen anschließen. Halluzinationen und Wahnideen sind gewöhnlich vorhanden. Die Wahnideen pflegen aber flüchtiger zu sein, als bei den depressiven Zuständen.

Von besonderer Wichtigkeit sind die akuten katatonischen Bilder, in denen katatone Symptome sich beliebig mischen. In akinetischen Formen der Attonität, des Stupors, der Flexibilitas cerea, bewegen sich die Kranken wenig oder nicht; sie besorgen sich selbst nicht, lassen den Speichel ausfließen, schlucken überhaupt nicht spontan, lassen die Exkremente unter sich gehen usw. Sonderbare Stellungen werden manchmal dauernd festgehalten. Meist besteht voller Mutismus. Solche Zustände sind aber dann und wann einmal einer vorübergehenden psychischen Beeinflussung zugänglich, so daß eine Handlung ausgeführt, eine Antwort gegeben werden kann. Mutistische Kranke verständigen sich zuweilen schriftlich. Oft besteht dabei belegte Zunge, Fuligo. Vasomotorische Symptome komplizieren gerade dieses Bild am häufigsten und stärksten.

In den ausgesprochenen hyperkinetischen Formen sind die Kranken Tag und Nacht in Bewegung:

Sie klettern herum, schlagen Purzelbäume, hüpfen über die Betten, klopfen zwanzigmal auf den Tisch, dann an die Wand, wippen, machen Kniebeugen, werfen sich in die Luft, schlagen, zerstören, klemmen die Arme in möglichst verrenkter Stellung zwischen die Radiatoren der Heizung, unbekümmert um Brandwunden, schreien, singen, verbigerieren, schimpfen, lachen, weinen, spucken herum, machen Grimassen: traurige, schreckhafte, fröhliche, nehmen einen beliebigen Gegenstand in die Hände, bewegen ihn irgendwie, legen ihn in andere Lage nieder und machen tausend andere Bewegungen, von denen allerdings der einzelne Kranke sich meist auf eine gewisse Anzahl beschränkt. Die Bewegungen haben immer etwas abnormes. Wenn die Kranken einen Gegenstand aufheben, so tun sie es in einer besonderen Weise, wie man es sonst nicht tut; ins Bett steigen sie von der Kopfseite und mit ganz ungewohnten turnerischen Allüren, oder sie lassen sich hineinfallen usw. Die Bewegungen werden oft mit großer Kraft, fast immer mit Anstrengung unnötiger Muskelgruppen gemacht; die Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst scheint manchmal so groß wie die gegen die lebende und leblose Umgebung. — Dazwischen gibt es alle Übergänge. Manche Kranke sind auch immer in Bewegung, aber in langsamer, molluskenartiger, traumhafter. Die Akinese kann unterbrochen werden durch plötzlichen katatonischen Raptus, worin die Kranken irgend etwas Böses anstellen, vom Zerschlagen einer Scheibe bis zu einem brutalen Mord- oder Selbstmordversuch. — Oft erhöht Analgesie die Gefährlichkeit und Rücksichtslosigkeit dieser Kranken gegen sich und andere.

Der psychische Zustand ist in der Regel ein ganz unklarer. Manche geben sich keine Rechenschaft oder leben gar in einer vollständigen Traumwelt. Die Affektivität ist meist schwer zu durchschauen. Oft sind Andeutungen verschiedener widersprechender Gefühle da; keines scheint durchzudringen. Auch subjektiv besteht keine beschreibbare Stimmung außer einer häufigen Indifferenz.

Nicht immer leicht von katatonischen Zuständen abzugrenzen ist das Faxensyndrom, in dem sich das ganze Bild darin erschöpft, demonstrativ auffällige Faxen zu machen und verkehrte Antworten zu geben. Es kommt wohl wie der Gansersche Dämmerzustand nur vor als Reaktion auf eine Situation, der man sich (unbewußt) durch Geisteskrankheit entziehen möchte.

Herrschen bei einem akuten Auftritt Halluzinationen und Wahnideen bis zur vollen Störung der Besonnenheit vor, und fehlen die katatonen Symptome oder sind sie unbedeutend, so nennen wir das Syndrom schizophrenen Wahnsinn. Dabei liegt die Affektivität gewöhnlich weniger darnieder als bei der vorhergehenden Gruppe. Die Stimmung hat häufig eine bestimmte Färbung und ist oft etwas modifizierbar.

Vor unerträglichen Situationen, am häufigsten getäuschter Liebe, flüchten sich Schizophrene in einen Dämmerzustand; die unangenehme Wirklichkeit wird abgespalten, existiert für sie nur nebensächlich; dafür wird eine andere Welt, häufig mit direkter Wunscherfüllung, herbeiphantasiert: die Kranke heiratet ihren Geliebten, er besucht sie jede Nacht, sie wird gravid und gebiert ein Kind. Doch sind lange nicht alle dieser Kranken wirklich glücklich. Sie können sich nicht ganz aus der Wirklichkeit flüchten und kommen deshalb äußerlich in Widerspruch mit derselben. Am intensivsten gelingt der Abschluß und am ungetrübtesten ist deshalb das erträumte Glück bei den religiösen Ekstasen (S. 83).

Das Benehmen der Dämmerigen ist verschieden. Einzelne leben ihren Traum ruhig im Bett oder sogar unter der Decke aus. Andere geistern in unverständlicher Weise herum, da sie die Umgebung falsch auffassen, und kommen dann zu Konflikten. Regelmäßig besteht deutliche doppelte Orientierung. Der Ausgang ist meist ein lytischer. Während die Dämmerzustände bei Hysterie oder Epilepsie gewöhnlich nur Stunden oder Tage dauern, erstrecken sich schizophrene manchmal auf Monate, unter Umständen bis ins zweite Jahr hinein. Trotzdem hinterlassen sie ihrer Genese entsprechend viel seltener eine bedeutende Verschlimmerung des Habitualzustandes als andere akute Syndrome. — Bei Untersuchungsgefangenen, aber gelegentlich auch sonst, trägt der Zustand etwa eine Gansersche Facies.

Während die Dämmerzustände ihre Gestaltung auf psychischem Wege bekommen, gibt es eine Form von „Benommenheit", die einen organischen Charakter hat und ihrer besonders schlechten Prognose wegen beachtet werden muß: Die Kranken dämmern unklar herum, lassen sich durch psychische Einflüsse nicht wecken, trotzdem man mit ihnen intellektuellen Rapport hat, und sie sich oft alle Mühe geben, unsere Fragen zu beantworten. Der Gedankengang ist langsam, unklar, kurz. Schon bei einfachen Rechnungen versagen die Leute; im Schreiben machen sie ungewollte orthographische und grammatische Fehler, Zusammenziehungen, Kontaminationen usw.; dabei können Halluzinationen und Orientierungsstörungen fehlen; auch die Affektivität kann relativ gut erhalten sein. Dennoch läßt sich der Zustand oft schwer von mehr psychogenen Formen von Benommenheit abgrenzen.

Zu erwähnen sind dann noch die „Verworrenheiten", in denen die Inkohärenz des Ideenganges das ganze Bild beherrscht, exogene und endogene Zornanfälle, deliriöse Syndrome, Wanderzustände (Fugues), bald als Folge einer besonderen Hirnstörung, bald mehr hysteriform oder als Reaktion auf unangenehme Erlebnisse oder gar nur als pathologischer Einfall. Ein beträchtlicher Teil der Fahnenflüchtigen sind schizophrene Wanderer. Auch die dipsomanische Verstimmung kann gelegentlich auf dem Boden der Schizophrenie auftreten.

D. Die Untergruppen.

Obgleich die Schizophrenie wohl keine einheitliche Krankheit ist, sind wir noch nicht imstande, sie in natürliche Unterformen zu gliedern. Um immerhin sich in den äußeren Formen des unendlich vielgestaltigen Krankheitsbildes zu orientieren, hat man vier Gestaltungen auseinander gehalten je nach dem Vorwiegen oder Fehlen bestimmter Symptomengruppen. Sie sind keine nosologischen Einheiten und gehen von Patient zu Patient und auch beim nämlichen Kranken ineinander über, indem ein Schizophrene z. B. mit Hebephrenie in die Anstalt eintreten, mit Katatonie jahrelang dableiben und schließlich mit Paranoid entlassen werden kann. Doch bleiben die meisten Kranken dauernd innerhalb ihrer Untergruppe.

1. Wo Wahnideen und Halluzinationen — die beiden Symptome gehen bei der Schizophrenie meistens zusammen — im Vordergrunde stehen, spricht man von Paranoid oder Dementia paranoides[1]). Das Paranoid kann sich ausbilden nach irgend einem melancholischen, manischen, wahnsinnartigen, katatonischen akuten Initialauftritt („sekundäre Verrücktheit" der älteren Autoren) oder gleich als solches einsetzen. Im letzteren Falle ist der ganze Verlauf in der Regel eminent chronisch. Durch ein Stadium von Unbehagen und allmählich sicherer werdender Beziehungsideen bildet sich im Laufe von Jahren ein komplizierter Haufen von Wahnideen aus, die nur durch die allgemeine Richtung der Verfolgung oder (viel seltener) der Größe oder der Hypochondrie, zusammenhängen. Der Anfang kann sich aber auch durch wie aus heiterm Himmel auftauchende, fertige primordiale Wahnideen markieren, die dann zunehmen und erst später von deutlichen Beziehungsideen und Halluzinationen gefolgt werden. Viele der Kranken halten sich verhältnismäßig lange außerhalb der Anstalten, andere wechseln zwischen Freiheit und Internierung und wieder andere verlieren die äußere Haltung so früh und so stark, daß sie den größten Teil ihres Lebens in den Anstalten bleiben müssen. Namentlich bei den letzteren komplizieren sehr leicht einzelne oder auch viele katatone Symptome das Bild.

Hieher gehört auch ein Teil der schizophrenen Querulanten, die den Schutz gegen eingebildete Beeinträchtigungen bei den Gerichten fordern und trotz aller Abweisungen mit Klagen nicht aufhören können. Andere kann man der einfachen Schizophrenie zuordnen, da ihr Gebahren mehr auf Rechthaberei als auf eigentlichem Wahn zu beruhen scheint.

Ein Teil der von KRAEPELIN unter dem präsenilen Beeinträchtigungswahn rubrizierten Fälle sind nach unserer Auffassung Spätformen des Paranoids.

Paranoid. Bahnangestellter. Mittlere Intelligenz. Zuerst Spinner, dann Bahnarbeiter, wobei er es bis zum Wagenkontrolleur brachte. Immer eigen, verschlossen. Ende der dreißiger Jahre wurde er gegen die Frau mißtrauisch. Zugleich wurde ihm von einem Arbeiter, der ihm sehr „sympathisch" war, durch Andeutungen bessere Stellung bei einem großen Fabrikbesitzer, der Freimaurer war, angeboten, schließlich auch andere Stellungen direkt bei der Loge. Er hätte vor Jahren einmal einen Freimaurer in heikler Situation gesehen (in Wirklichkeit war nur eine Frau nach ihm in den Bahnwagen eingestiegen); man hätte in den Zeitungen darauf angespielt. Er hatte aber darüber geschwiegen, und nun wollen ihn die Freimaurer dafür belohnen. Da er die Belohnung nicht angenommen hat, verfolgen sie

[1]) Der letztere Ausdruck bedeutete bis zur achten Auflage des KRAEPELINschen Lehrbuches nicht alle paranoiden Formen der Dementia praecox, sondern eine besondere Untergruppe, die rasch konfuse Wahnideen, aber keine katatonischen Veränderungen der äußeren Haltung bildet.

ihn. Er hat auch vor Jahren einmal abfällige Bemerkungen über die Freimaurer gemacht. Man sagt ihm allerlei auf der Straße im Vorbeiweg; auch sonst werden Bemerkungen gemacht, die er erst nachträglich versteht. In der Nacht hört er Stimmen. Man erfährt auf geheimnisvolle Weise seine Gedanken. Die Freimaurer sind auf Frauen aus, brauchen auch die seine. Er verlangte von dieser drohend das Geld, das sie dafür bekommen habe; einmal wollte er ihr mit dem Rasiermesser den Bauch aufschneiden. Seine Schwägerin ist einmal bleich, einmal rot; das ist seinetwegen. Man macht ihm Vorstellungen und Gedanken im Wachen und namentlich im Traum. Man frägt ihn in der Nacht aus; das kommt ihm erst im Laufe des Tages zum Bewußtsein. Wegen Mißhandlung der Frau und weil er nicht mehr arbeitete, wurde er in die Anstalt gebracht. Da nun zeigte er jahrelang immer das gleiche Bild, bald ruhig und arbeitsfähig, bald in leichteren Aufregungen mit Schimpfen und beständigen Klagen über Verfolgung: Man tut ihm allerlei Gifte in die Speisen; er spürt sie im Körper herumfahren; man will ihn umbringen; namentlich in der Nacht werden ihm Sperma, Menschenblut, Urin, „Pollen", Pferdemist auf verschiedenem Wege in den Körper gebracht; man spuckt ihm in den Mund; man hypnotisiert und magnetisiert ihn und bringt ihn in einen „latenen" Zustand, wo man nicht atmen kann. Die Leute hier haben einen Stab wie einen Magnetstab; mit dem macht man ihn kraftlos, raubt ihm die Potenz. Man will ihn kastrieren, entzieht ihm den Samen, zerschneidet ihm die Lungen, zerschlägt den Harnstrang, erweitert den Geschlechtskanal, zerschneidet den After, verbrennt die inneren Geschlechtsteile, zwickt ihn am ganzen Körper. Stimmen drohen ihm die Augen auszustechen — seine Tochter hat man gegen seinen Willen unter die Freimaurer aufgenommen; man beschuldigt ihn, sie in verschiedenen Stellungen gebraucht zu haben; mit den Freimaurern sind auch die Regierung, die Geistlichkeit, eine ganze internationale Gesellschaft, seine Frau und die eigene Mutter und die Ärzte in Verbindung; die letzteren haben Millionen bekommen, daß sie ihn zurückhalten; er selbst verlangt 30000 Fr. Entschädigung pro Tag für die Einsperrung und rechnet alles genau nach; er führt Buch über alle die halluzinatorischen Mißhandlungen; man verlangt, daß er Freimaurer werde; das will er nicht und deshalb verfolgt man ihn. Zu anderen Zeiten will er Freimaurer werden, dann aber läßt man ihn erst recht nicht. Lange Zeit sagte er stereotyp zu jedem hundert Mal im Tag: „Seien Sie so gut." Damit wollte er teils nichts sagen, teils legte er verschiedene Bedeutungen hinein: Man soll ihn zu den Freimaurern aufnehmen, oder man soll ihm den Koitus gestatten u. dergl. Wenn er eine Frau sieht, so wird er gezwungen, seine Potenz zu beweisen. Dann kann er bei den Freimaurern eintreten. Er läßt sich dann nur mit Gewalt hindern, sich auszuziehen. Er will an einer Fliegerkonkurrenz Petersburg-Moskau teilnehmen, er erfindet Flugmaschinen, verbesserte Tramwagen, macht unzählige Eingaben an die Ärzte und die Behörden. Einmal hat er sich einen Zehennagel weggerissen, weil die Schere nicht gut genug sei, ihn abzuschneiden. Einen großen Teil der Zeit befindet sich Patient auf einer ruhigen Abteilung. Er gibt beim Besuch freundlich die Hand, wenn auch oft mit schlauem, überlegenem Lächeln.

Schizophrene Querulantin. Tüchtige Arbeiterin in einem Hutgeschäft. War gute Schülerin, wollte aber etwas höher hinaus; ging als Bauernmädchen in eine Frauenarbeitsschule, um feinere Arbeiten zu lernen. War dann an verschiedenen Stellen als Köchin und Mädchen für alles; 32jährig Haushälterin bei einem sich eben niederlassenden Arzte. Sie gibt nun an, er hätte gleich am ersten Tag ein Verhältnis mit ihr angeknüpft und ihr die Ehe versprochen. Die weiteren Einzelheiten sind aber noch unwahrscheinlicher oder ganz unmöglich. Seine Verwandten hätten ihn abhalten wollen, sie zu heiraten. Er solle sich mit ihr abfinden. Am ersten Tage hätte er ihr gesagt, sie habe das Recht, Einsprache zu erheben, wenn er heirate. (Das können nur Gedächtnistäuschungen sein.) Sie müsse ihren Anspruch durchsetzen oder schweigen. Nach etwa drei Vierteljahren hat sie der Arzt entlassen, nach ihr, weil die Leute zu viel von ihrem Verhältnis sprachen. Sie arbeitete nun an verschiedenen Stellen, zuletzt meistens bei einem Hutmacher, und mahnte den Arzt von Zeit zu Zeit an sein Versprechen. 34jährig bekam sie einmal Kopfweh, Schmerzen in den Augen, einen „schlagartigen Anfall", Zittern am ganzen Körper. Sie ließ sich von dem Arzt behandeln, der sein Versprechen erneuert habe. 36jährig las sie die Anzeige der Trauung des Arztes. Da verlangte sie „ihr Recht oder eine schöne Auszahlung" und nahm eine Stellung in seiner Nachbarschaft an. Er habe eine ganz einfache Hochzeit gehabt, um anzudeuten, daß er in Wirklichkeit die Patientin liebe. Nun schrieb sie ihm öfters, beschimpfte ihn, dann auch mit Vorliebe seine Frau, schließlich auf offenen Karten: „Zuchthausmensch", „verlumptes Hotelmensch", „Hure", „Frau Lausbub", gehören zu den besseren Ausdrücken. Bei der Arbeit wurde sie unzuverlässig, und auch, wenn sie grobe Fehler machte, behauptete sie, Recht zu haben. Sie fing nun an, bei allen Gerichten zu klagen, die natürlich eine Klage ohne Wahrscheinlichkeitsbeweis und mit ganz abstrusen Forderungen nicht annehmen konnten. So wurden auch die Gerichte beschimpft: „Der Herr Friedensrichter ist blöd-

sinnig." Schließlich blieb dem Arzt nichts übrig, als wegen Ehrverletzung zu klagen, worauf die Patientin zur Untersuchung kam. Hier war sie absolut diskussionsunfähig über ihre Querelen. In der zeitlichen Ordnung aller ihrer Erlebnisse war sie nicht ganz sicher, sonst aber hatte sie gutes Gedächtnis und gute Orientierung. Sie erzählte unmögliche Aussprüche von dem Arzt und den Richtern, die ihr recht gegeben hätten (Gedächtnistäuschungen). Sie verlange eigentlich gar nichts von dem Arzte, „sie wolle nur der Frau Doktor Gelegenheit geben, mit ihrem ehrlichen Namen davon zu kommen. Weil der Arzt nicht antworte, anerkenne er ihre Ansprüche. Er müsse das entweder öffentlich tun und die Frau fortschicken oder dann es bestreiten und die Frau behalten". Sie behauptet steif und fest, solange er keine dieser Erklärungen abgebe, sei seine Ehe ungültig und die Frau Doktor also eine Konkubine. Ihr habe der Doktor ein Eheversprechen gegeben, das fürs ganze Leben gelte, mit der anderen sei er nur verlobt. Sie war nicht fähig, einzusehen, daß die Frau Doktor ihr gegenüber ganz unschuldig war. Bei einer klinischen Vorstellung fing sie gleich an, von ihrer Angelegenheit zu sprechen, voraussetzend, daß das Auditorium alles wisse. Sie mußte natürlich als unzurechnungsfähig erklärt werden, wurde bevormundet und entlassen. Sie wollte aber die Beschlüsse nicht entgegennehmen, die Gerichtskosten nicht bezahlen, was zu einer Anzahl von Skandalen mit Lärm und Anspucken der Gerichtsvollzieher u. dergl. führte. Auch uns beschimpfte sie mit verschiedenen Sendungen. Immerhin wurde sie vier Jahre lang nicht gebracht, bis sie ins Polizeilokal eindrang, einen großen Skandal machte, und, hinausgeworfen, erst recht fortsetzte. Man berichtete, daß sie ordentlich gearbeitet hätte und auch über gleichgültige Dinge vernünftig sprach. Sobald sie aber auf ihre Affäre gekommen sei, sei sie verwirrt geworden, aufgeregt, schwer zu verstehen. Sie wollte nicht arbeiten, bis man sie ins Bett steckte und ihr schriftliches Querulieren verbot. Da nahm sie sich zusammen und konnte nach halbjährigem Aufenthalt wieder entlassen werden. Im folgenden Jahre aber kam sie wieder, weil sie vor dem Friedensrichter einen Skandal machte und versprach, sie werde das nun jeden Tag tun, bis der Arzt vor Gericht geladen werde. Bei uns kam sie diesmal nicht mehr aus dem Protestieren heraus, machte viel Lärm, lief den Ärzten im Hemd nach, um zu schimpfen, wurde aber von der Armenpflege, die sich schon längst der verarmten Kranken hatte annehmen müssen, herausgeholt, und ist bis jetzt nicht mehr gekommen. Ihr letzter Gruß lautete: „P. P. Sauhunde, Huerrenbuben, Irrenärzte senden Sie mir meine Kleider Utostr.... Eheversprechen gehört vor Gericht. Werde der Armenpflege.... Vorwürfe machen, bis die Sache vor Gericht kommt." Halluzinationen sind nicht beobachtet worden, dagegen viele Illusionen der Erinnerung, vielleicht auch Halluzinationen der Erinnerung. Auch von uns erzählte sie viele Aussprüche, die wir nie getan hatten; z. B. wie der Abteilungsarzt gesagt habe, sie gehöre nicht in die Irrenanstalt. Die Schizophrenie gibt sich u. a. zu erkennen durch den konfusen Unsinn ihrer Prozeßvorstellungen, die absolute Diskussionsunfähigkeit und auch durch die Abnahme der Arbeitskraft und gelegentliche Diskussionsunfähigkeit sogar in ihrer Arbeit.... All das fällt um so schwerer ins Gewicht, als sie früher intelligent war.

2. Sind katatone Symptome dauernd im Vordergrund, so nennt man das Bild Katatonie. Ein großer Teil dieser Formen erkrankt akut, unter Umständen wird die Psychose von einem Augenblick zum andern manifest, — ein anderer Teil beginnt chronisch, mit einigen katatonen Eigentümlichkeiten, z. B. Mutismus oder Manieren, und bleibt chronisch, während bei andern wieder chronische und akute Zustände abwechseln. Nach akuten katatonischen Auftritten kann wieder ein leidlicher Zustand eintreten; die schleichend beginnenden Fälle haben alle eine schlechte Prognose ohne nennenswerte Remissionen.

Katatonischer Zustand. 19jähr. Zuerst Schenkbursche; dann an vielen verschiedenen Stellen; zuletzt in einer Färberei. Trotzdem er Katholik war, hatte er sich vor kurzem der Heilsarmee angeschlossen. Kam in eine Versammlung mit unordentlichem, beschmutztem Kleid. Fing an zu predigen, aber ganz unzusammenhängend. Er habe etwas Wunderbares erfahren, die Arche Noah komme; er sei gezwungen zu sprechen. Man hatte Mühe, ihn zum Schweigen zu bringen. Er erzählte dann, er sei vorher der Sonne nachgelaufen. Er hatte sich in der Fabrik geweigert, andersfarbige als weiße Seide zu berühren. Einige Tage später kam er in eine Musikprobe, fing plötzlich laut an, einen Psalm zu lesen. Man forderte ihn auf, zu schweigen. Plötzlich stand er auf, stellte sich vor die anderen hin und sagte mit stierem Ausdruck: „Glaubt ihr, daß der Teufel gebunden ist? Glaubt ihr, das der Teufel gebunden ist? Gebunden ist er; gebunden ist er." Die letzten Worte wiederholte er mehrfach, wobei er immer lauter wurde. Als er sah, daß ihm die andern nicht zustimmten, rief er:

„Ihr seid geknechtet; morgen gehe ich mitten in die Stadt und fange an zu predigen.“ Dann war er wieder ruhig. Am folgenden Tag kam er nicht zum Mittagessen, fing dann an, auf seinem Zimmer mit brüllender Stimme zu beten. Abends ging er zu einem Bekannten ins Zimmer, stand in merkwürdiger verdrehter Haltung steif da, den einen Arm gerade heraus gestreckt, den andern über den Kopf gehalten, machte ein steifes, sonderbares Gesicht. Dann wollte er plötzlich im Notizbuch des Freundes unterschreiben. Als dieser ihm das verweigerte, nannte er ihn einen Judas. Ob er gekommen sei, Christus zu verraten mit einem Kuß? Versuchte mit aller Gewalt, ihn zu küssen. Dann fiel er vor ihm auf die Knie und fing wieder an, furchtbar laut zu beten. Plötzlich aufstehend sagte er: „Jetzt ist alles vorüber“, und hatte wieder normalen Gesichtsausdruck, fuhr aber gleich wieder fort, er sei gekreuzigt, sei zu etwas ganz Besonderem berufen, sei Christus. Er erzählte, als er zu Bett war, sei ein Geist von oben und einer von unten gekommen und über ihn sei eine große Macht gekommen. Er verlangte, daß alle Anwesenden von seinem Brote essen. Dann würden sie ihn verstehen. In die Klinik gebracht, beruhigte er sich rasch, bekam halbe Einsicht in das Unrichtige seines Benehmens und Denkens, blieb aber gleichgültig, wollte nicht mehr aus der Anstalt fort und mußte in eine andere versetzt werden.

Depressive Katatonie. Dauerndes Stimmenhören. Lehrer. Schien vorher ganz normal. Mit 34 Jahren zum erstenmal ein Jahr lang gereizt, schlaflos, gelegentlich Schwindel; dann ein deliriöses Stadium. Nach 28 Wochen Sanatoriumaufenthalt „geheilt.“ Anderthalb Jahre später ähnlicher Anfall. Dann war er wieder ein guter Lehrer, fühlte sich sehr gesund und munter. Auf einer Reise ins Tirol mit Freunden, 40 Jahre alt, fühlte er seine Ideen unklar werden, konnte nicht mehr sprechen, trat wieder ins Sanatorium ein. Hier war er meist im Stupor, glaubte, man wolle ihn lebendig begraben. Viele Halluzinationen des Gehörs. Hielt seine Träume für wirkliche Ereignisse, aß schlecht, erbrach. Nach vorübergehender Besserung im fünften Monat wollte er durchs Fenster gehen, machte sich Vorwürfe; auf Befehl von Stimmen warf er den Ehering aus dem Fenster, worauf er in die Klinik geführt wurde. Hier in starkem Stupor in sonderbaren Haltungen im Bett. Sah Bilder an der Wand, Kinder und Frauen, die sich küssen; namentlich aber hörte er Stimmen und spürte, daß ihm am Leibe etwas gemacht wurde. Er hatte Fäden um die Hand, besonders am Ringfinger, die sich zusammenzogen. Man operierte ihn am Glied, „damit die unschönen Empfindungen verschwänden“. Die Stimmen sagen ihm, er sei ein Gottesleugner, habe einen Lustmord begangen. „Lustmord ist geschlechtliche Begierde.“ Ist kein Mensch; wird geköpft. Deprimierter, aber steifer Gesichtsausdruck. Katatonische Raptus: springt plötzlich auf, schlägt eine Scheibe ein, u. dergl. Nach achtmonatlicher Gesamtdauer des Anfalls rascher Umschlag in euphorische Stimmung und geordnetes Benehmen: sprach und schrieb von Dankbarkeit gegen den Schöpfer und die Ärzte, wie es ihn nach Hause ziehe, wie es ihn unendlich freue, als Jünger Pestalozzis wieder in der Schulstube zu stehen, von schwellender Jugendkraft und frühlingsbeschwingten Plänen usw. Tat aber gar nichts, herauszukommen. Elf Monate nach Beginn des Anfalls entlassen, nahm er den Schulunterricht auf und blieb seitdem (vier Jahre) immer euphorisch und anscheinend guter Lehrer. Die Stimmen warnen ihn in der Schule, wenn er eine Dummheit sagen will. So geht es subjektiv und objektiv gut.

Manische Katatonie. Ledige Bettmacherin aus psychopathischer Familie. Intelligent, hat viel gelesen. 29 Jahre alt. Nach Tod der Mutter Anstrengungen. Vermögensverlust. Glaubte fälschlicherweise, ein Vetter wolle sie heiraten und wartete immer auf ihn. Nach einigen Monaten trat innert 8 Tagen steigende manische Aufregung auf. Sie sang in unpassender Weise, schrieb einen Zettel, der Schwager solle sie nicht die ganze Nacht quälen. Gewalttätig. Sagte, sie müsse immer sterben und werde nicht begraben. Glaubte von allen Männern, sie wollen sie vergewaltigen. Nach stärkeren Aufregungen weinte sie. Im Aufnahmszimmer der Klinik legte sie sich auf den Boden und beschrieb eine schöne Vision (Ekstase). Immerhin ließ sie sich noch ablenken, war dann vollständig orientiert, fühlte sich glücklich, perorierte, sie habe den Glauben, der ihr alle Kämpfe zu bestehen helfe usw.; spricht im gleichen Ton davon, daß sie sterben wolle, versucht im Bad unters Wasser zu tauchen. Dann wieder bleibt sie längere Zeit erstarrt, die Arme in die Höhe gerichtet, mit gespanntem Gesichtsausdruck. Fährt bei Berührung wütend auf, streckt die Zunge heraus u. dergl. Ausgesprochene Ideenflucht. Zu Zeiten ist das Schizophrene in dem manischen Zustand nicht zu erkennen; dann wieder pathetische Ausrufe, die unzählige Male wiederholt werden. Die Wärterin ist einmal ihr Bruder, dann ihre Schwester und zu gleicher Zeit noch eine dritte Person. Am ruhigsten ist sie, wenn sie isoliert ist. Zerreißt viel. Andeutung von Negativismus; gibt dem Arzt die Hand nicht, streckt ihm aber ihre Tasse hin, sie zu halten. Kletterte eine Zeitlang auf dem Bettrand herum mit gespanntem Gesicht, aufeinandergepreßten Lippen (behauptete nachher, sie habe einen Affen spielen müssen). Läuft in der Zelle im Kreise herum, schwenkt dazu die Hände taktmäßig. Man hat sie durch Pulver verrückt gemacht; sie wird elektrisiert. Nach und nach Beruhigung, kann nach einem halben

Jahre entlassen werden und gilt draußen als geheilt. Ein weiteres halbes Jahr später kommt sie wieder in ähnlichem Zustand. Nun verblödet sie rasch. Bleibt zwar euphorisch, aber unberechenbar, zerschlägt Scheiben, zerreißt, prügelt, schlägt Purzelbäume, hat viele Stimmen, wird auch zur einfachsten Arbeit immer weniger fähig. Wenn man Stimmen habe, so nenne man das „Stirken". Die Stimmen sagen, daß man stirke, d. h. man solle die Scheiben „verrasseln".

Katatonie mit religiösen Wahnideen. 21jähriger Bauernbursche kam in die Anstalt, weil er den Pfarrer seines Dorfes niedergeschlagen hatte, wie er aussagte, weil dieser seinen Sohn zum Messias bestimmt habe, während Patient in den letzten Jahren „das Messiasleiden durchgemacht" hatte und nun der wirkliche Messias sein wolle. — Patient war ein stiller, nicht unintelligenter Bursche gewesen. Einige Jahre vorher war er fromm geworden, lief viel zum Pfarrer und hatte in letzter Zeit schriftlich und mündlich von Visionen (Engeln, Messias und Gott) erzählt. Einmal hatte er dringend verlangt, daß der Pfarrer des Patienten „Namen ändere ", d. h. ihn als Sohn annehme. In der Anstalt redete er anfangs viel vom Pfarrer und seiner Familie, aber hauptsächlich in anderem Sinne: schon seit der Schulzeit war er in eine der Pfarrerstöchter verliebt. Engelserscheinungen trugen lie Züge dieser Tochter. Eine Gotteserscheinung glich einesteils dem Pfarrer, andersteils les Patienten Großvater. Als Messias habe er das Recht, mit mehreren Frauen und zwar mit allen Töchtern des Pfarrers und auch mit der Frau Pfarrer geschlechtlich zu verehren. Einmal sah er sich verheiratet mit der Tochter. Die Stimme einer Tochter rief ım einmal: „O küßte er mich mit dem Kusse seines Mundes." Später halluzinierte er die 'öchter abwechselnd in seinem Bett und verkehrte sexuell mit ihnen, wobei er selige Wollust empfand. Er war auch gelegentlich „Priesterkönig", was gleichbedeutend war mit Besitzer der Pfarrerstöchter. — Den Widerstand des Pfarrers empfand er aber immer mehr. Er meinte, der wolle ihm nur die Frau überlassen und mit den Töchtern selber einen Messias zeugen, damit die Messiaswürde seinem Geschlecht erhalten bliebe. In Erscheinungen ah er die Töchter vom Pfarrer gravid. Eine Stimme sagte ihm, er solle den Pfarrer niederschießen. Schließlich wurde er vom Geist getrieben, den Stock zu nehmen und den Pfarrer erschlagen, „weil er ihn nicht zu seinen Töchtern ließ." Dabei hoben sich die Arme automatisch. — Wie gewöhnlich (oder immer?) sind also hier die krankhaften religiösen Aspirationen das Symbol für sexuelle Strebungen. — Nebenbei wurde noch ein anderer Komplex befriedigt: In der Familie grassierte die Tuberkulose, und Patient litt selber auf der Lunge; s Einziehen des Geistes in seine Brust machte ihn jeweilen gesund. — Patient spann ch sehr rasch in seine sexuell-religiösen Phantasien ein, stand mehrere Jahre stumm in nderbaren Haltungen herum und starb fünf Jahre später an Phthise.

Katatonie nach Kastration. Gattin eines Arztes. Aus hochstehender, aber was sonderbarer Familie. Mit 19 Jahren Fall von einer Treppe. Kurzdauernde „traumatische Hysterie". Mit 22 Jahren verlobt, wollte sie bei dem ersten Spaziergang wegen ner kleinen Diskussion mit dem Bräutigam ins Wasser springen. Während der ersten avidität oft deprimiert, bei der zweiten nicht mehr. Blasen- und Mastdarmbeschwerden ne Befund. Immer eigen, aber lebensfroh, fürchtete ein wenig die Arbeit im Haushalt, ftig bei Widerspruch. — 28jährig „hysterische Ovarialbeschwerden", später Ovariotomie gen beidseitiger zystischer Entartung mit normalem Verlauf. Zu Hause noch acht Tage rauf wie sonst. Dann zur Erholung an einem Kurort, von dem sie deprimiert heimkam: könne keine rechte Frau und Mutter mehr sein, sei meineidig, das Gericht verfolge sie; und hörte Staatsanwalt usw. Suizidversuche. Dann Stupor, Mutismus, Nahrungsverweigerung; zwischendurch Stunden, wo sie normal spricht. Nach einigen Monaten n sie in die Anstalt: Mutistisch, aber erregt herumgehend; hielt den Arzt bald für ihren nn, bald für den Anstaltsarzt. Hörte Mutter und Kinder im Korridor. Tagelange steife ltung, Blick in die Ferne gerichtet, mutistisch. Dazwischen aufgeregt, drängte stundeng aus dem Bett ans Fenster oder den Waschtisch. Nahrungsverweigerung. Sieht einen rdefuß. Nach einigen Tagen auf einmal liebenswürdig, klar über die Umgebung, verıftige Unterhaltung, aber oft plötzliche Sperrung. Von nun an dauernd wechselndes inden: bald ruhig gesperrt, bald aufgeregt; auch klarere Momente mit Unterhaltung l Musizieren. Will schreiben, kommt aber manchmal nicht über den Anfang hinaus ückt bald Liebe, bald Abneigung zum Arzte, beides mit stark sexueller Färbung aus. Urinretention bis zum Katheterismus. Häufige Nahrungsverweigerung. Immer viele nmen; ihrem Gatten hat man den Kopf abgeschlagen; sie ist am Nordpol; besonders ufig die Idee: Ich bin beraubt; man hat mir alles genommen, meine Schlüssel, mein Geld, nen Namen. Sie fühlt einen Schlüssel in den Genitalien, will den Wärterinnen ihre hlüssel nehmen. Ihr Mann ist mit der Wärterin verheiratet. Dann einige Monate lang tändiger Wechsel zwischen ängstlicher Agitation mit häufiger Gewalttätigkeit, schlägt l beißt. Leichter Stupor. Zerkratzt sich Gesicht und Füße. Besondere Aufregungen

zur Zeit des Hochzeitstages und am Jahrestag des letzten Selbstmordversuches. Später Negativismus, große Widerspenstigkeit, steifes Gesicht, unstetes Hin- und Hergehen, meist ohne Beschäftigung, dann wieder Zeiten mit Verbigeration: „der, der der, nun" oder: „nicht nicht" oder: „de de de de". — Nach 16 Monaten zuerst zu einem Arzt, dann nach Hause. Dort sehr wechselnd, bald fröhlich und anscheinend normal, bald stundenlang verbigerierend treppauf und treppabgehend; lief auf die Straße, sprach fremde Kinder als die eigenen an, dann tagelang erregt, gewalttätig. Zwischendurch kann sie am Tisch tadellos die Honneurs machen. Manchmal unrein. — Kam nach dreiviertel Jahren wieder in die Anstalt, wo sie nun einige Jahre sehr dissoziiert ist. Stimmung meist gehoben, aber steif. Sie ist mit den Ärzten und allen übrigen höheren Personen verheiratet. Macht unzählige Geburten durch. Die Wärterinnen sind bald die Töchter, bald die Frauen ihres Mannes und sollen deswegen geprügelt werden. Sie rüstet sich auf Verlobungen, indem sie sich die Brauen und Wimpern mit Schuhwichse bemalt. Sie macht sich sonderbare Frisuren. Hat ein Engagement als Mignon-Sängerin. Zu anderen Zeiten ist sie dauernd unter der Bettdecke. — Gedächtnistäuschungen: Die Wärterin hat früher ein Verhältnis mit ihrem Mann gehabt. Pat. ist zu einer Zeit in Basel als Königin der Schweiz ausgerufen worden. Häufige Personenverwechslung. Nach und nach fast zu jeder Arbeit unfähig geworden; immerhin zwischendurch noch gute Tage, wo sie sich etwas beschäftigt. — Psychologisch ist interessant: Sonderbar war sie von jeher. Der Mann war ihr ambivalent (Suizidversuch auf dem ersten Spaziergang. Depression beim ersten Kind. Später ist er geköpft worden, hat andere Frauen. Sie hat andere Männer. Bei Besuchen ist sie abweisend gegen ihn, beim Aufenthalt zu Hause meist sehr lieb). Hysteriforme Beschwerden nach dem Sturze, nach den Geburten, vom Ovarium aus. Nach der Kastration Verschlimmerung mit klaren Anknüpfungen an die Verstümmelungen: ist keine Frau, keine Mutter mehr. Alles hat man ihr geraubt, auch die Schlüssel, die das Symbol für die Gewalt der Hausfrau, zugleich aber deutlich ausgesprochen für das Genitale des Mannes und den Mann selbst sind. Die Wärterinnen haben ihr den Schlüssel geraubt, und sie haben ihr den Mann geraubt, das ist für sie identisch. Dann Kompensation: Sie heiratet die angesehensten Männer; sie gebiert unzählige Kinder, wird wieder jung als Mignon, wird Königin der Schweiz. Gedenktagaufregungen.



Abb. 36. Chronische Katatonikerinnen. Beide reagieren auf das Photographieren mit halbem Hinwenden des Blickes. Die Patientin links hat ausgesprochen zusammengekniffenen Mund. Die Kauernde rechts schließt halb die Augen. Die ganze Haltung ist (abgesehen von der Aufmerksamkeit auf das Photographieren) dauernde Ruhestellung.

Katatonie mit zweitägigem Zyklus: Intelligentes Mädchen, aber von jeher zurückgezogen, nach der Pubertät in ganz auffallendem Grade, trotz heiterer Gemütsart. 24jährig äußerlich glückliche Ehe mit einem sehr geduldigen Manne; sie selbst aber war mürrisch, reizbar. Bei der dritten Geburt, 38jährig, melancholischer Zustand mit Versündigungsideen, habe das Kind nicht recht besorgt usw. 47jährig verlor sie den Mann; die ersten Tage gar keine Reaktion. Dann Stuporzustand für 14 Tage, in dem sie ziemlich unbeweglich blieb; hierauf Umschlag in Melancholie mit unklaren abgerissenen Versündigungsideen, sie werde bestraft; viele Stimmen; sehr steifer Ausdruck; zwischendurch kata-

leptisch; dann wieder Angstanfälle mit Lärmen und Fortdrängen. Etwa ein Jahr später beginnt die Patientin regelmäßig abzuwechseln mit Tagen, an denen sie negativistisch steif, widerspenstig ist und anderen, an denen sie relativ zugänglich, guter Laune ist, am Tisch sitzt und Seide zupft. Längere Zeit war statt eines zweitägigen Turnus auch ein dreitägiger: Ein depressiv-stuporöser, ein gereizter, ein euphorischer Tag. Sonst dauert der zweitägige Zyklus seit zwölf Jahren. Daneben Negativismus, verschieden stark gegenüber verschiedenen Personen. Sie versucht die Hand zu geben, zieht sie wieder zurück, ist erotisch eifersüchtig, wenn man andere freundlich begrüßt; ist mit den Ärzten der Anstalt verheiratet. Sehr kurze Assoziationen. Ein Versuch, sie nach Hause zu nehmen, mußte am zweiten (gereizten) Tag wieder aufgegeben werden.

Rasch verblödende Katatonie. Lehrer. Mutter vorübergehend in einer Anstalt; latente Schizophrenie. Pat. immer etwas sonderbar; in der Schule ungleich; viele Streiche; war viel für sich. Beschäftigte sich mit verschiedenen Problemen, Sozialdemokratie, Schillers Räuber. Kaufmannslehre, blieb aber nicht lange. Dann an verschiedenen Orten. Einmal 9 Monate in einer Handelsschule, dann erst ging er wieder in die Sekundarschule. Fuhr einmal plötzlich nach Berlin, wo er einen Monat blieb, ohne etwas zu tun. Dann trat er in einem anderen Kanton in ein Lehrerseminar, wo er es bis zum Examen brachte (22jährig). Lehrer zuerst in einem Privatinstitut, dann in einer Primarschule, wo er fort mußte, weil die Schüler nichts lernten und „gleich aus der Nase bluteten, wenn er sie nur berührte". Er trieb sich dann planlos in Zürich herum und wurde abgefaßt und in die Klinik gebracht, weil er in ein Tramwartehäuschen einbrach, um darin zu schlafen, obschon seine Brüder alle in der Nähe wohnten. Zuerst war er ganz gleichgültig, dann stark erregt; bei einer klinischen Vorstellung kam er laut lachend, die Hand an der Nase, herein. Während des Rezitierens einer Geschichte sah er auf dem Tisch das „Geizhalsstücklein", verflocht in unzusammenhängendem Wortsalat das Wort „Geizhals". Auf Zureden wird er ruhig, läßt sich schwer auf den Sessel fallen, sitzt teilnahmslos da. Dann schaukelt er auf dem Sessel, lächelt für sich, bleibt plötzlich steif und schaut vor sich hin. Steht wieder auf, macht viel Lärm; setzt sich. Auf meine Beschreibung seines Benehmens bemerkt er: „Das ist so." An „Wortsalat" knüpft er: „Es ist ein italienisches Ochsenmaulgericht. Das einzige im Saale, das sind die Würmer. Ich bin der Seminardirektor. (Wo sind wir?) In einer Entwicklungshemisphäre. C'est monsieur Jardin. Ich bin Patient. Das ist ein palandes verses plassus." Steht auf und stampft stark auf das Podium, schreit im Rezitierton: „O du mein liebster Blapsen, du bist mein liebster Klapsen". — Er soll fortgehen; geht mit leisem Singen: „Es ist einer weg." Hüpft von dem Podium, macht viele Faxen, liegt auf dem Boden, läßt sich schieben und lächelt blöd. — In der Folge meist ruhig, stumm, in allerlei Stellungen, teils im Bett, teils auf. Macht allerlei Faxen. Uriniert einmal vor die Abtrittür; macht dann Lärm, schwatzt ganz dissoziiertes Zeug. Zu einem besuchenden Schulkameraden sagt er kein Wort. Einmal fiel er plötzlich um, lag einige Zeit ganz steif; Flexibilitas cerea. Dann wieder hielt er äußerst manierierte Reden aus unverständlichem Wortsalat. Nach und nach ruhiger, sitzt herum, manchmal verbigerierend. Lange Zeiten stellte er an den besuchenden Arzt stereotyp die Frage: „Kommt Tante Grite noch nicht?" — An die Tante schrieb er:

„Heut ist der siebente Juli 1914

A / u / liebe Tante/Gritli
von
Hans Jakob und Max

Liebe gute Tante Schüfeli!

Hoffentlich muß Du auch nicht mehr so strenge arbeiten bey den Kapitalisten in St. Gallen; denn hier im Burghölzli hoffe ich immer noch im sozialistischen Zentrum der Welt in Zürich — Außersihl — Wiedikon ne Anstellung als Primarlehrer f. Italienerkinder zu finden; obschon ich hier „vom Hofhunde des Klerikalismuses f. zürcherischen Geistlichkeit (K)" gewaltsam pr (Polizeiautomobil) hergeschafft wurde und hier nicht die geringste nützende Arbeit ausfüllen muß; trotzdem ich ja bekanntlich patentierter prakt. Lehrer b. schweiz. Bundesverfassung stehend, bin.

Der Bruder Hans hat mir bey der Satzstellung ds Briefes geholfen; da er Dir ja bekanntlich, als ganz glich treuer Abstinent wie Du persönlich & individuell näher ähnlich ist als ich.

Ich kann ds unterschriftlich nur dann entschuldigen als ich hier in ein Milieu geraten bin, in welchem nur mit technisch-teuflischen Mitteln meine eigene Naturliebe gewaltsam und dem Gesetze des Milieus entgegengesetzt gestohlen worden ist. So lange mir eben nicht die Macht über diese „verflixten" Gesetze und Bedingungen, (wie sie Hans nennt) gegeben ist kann ich sie nur hypotetisch als „technisch-teuflisch" annehmen."

Chronische Katatonie. Eine durch wenige Eigentümlichkeiten auffallende, zurückgezogene gute Hausfrau fängt an weniger zu reden und verstummt im Laufe von einigen Monaten ganz. Dabei besorgt sie aber noch ein Jahr lang ihre Haushaltung ganz richtig. Dann treten auch andere Schwierigkeiten auf: sie wird gereizt, unordentlich; Negativismus läßt sie gerade das nicht besorgen was sie sollte, oder sie besorgt es verkehrt. In der Anstalt arbeitet sie zunächst stumm ganz ordentlich, nimmt aber immer mehr ab, wird negativistischer, unreinlich, zerreißt, fängt an dreinzuschlagen und befindet sich nach etwa drei Jahren im Zustand eines stumpfen Negativismus, so daß sie nur noch Objekt der Pflege, und zwar einer recht schwierigen, bleibt. Sie hatte unter anderm auch einige Manieren angenommen, einige halluzinatorische Aufregungen gehabt, in denen sie laut schimpfte.

3. Schizophrenien mit akzessorischen Symptomen verschiedener Art und wechselnder Stärke haben den alten Namen **Hebephrenie** behalten, obgleich er nicht mehr auf den jetzigen Begriff paßt.

Die KAHLBAUM-HECKERsche Hebephrenie war eine Verblödung, die in der Pubertätszeit verhältnismäßig rasch eintrat, meist mit verschiedenen affektiven Störungen verlief, z. B. mit einer Manie einsetzte, und außerdem, wie man meinte, noch charakterisiert war durch Symptome der Flegeljahre: Geziertheit, pathetische Ausdrücke und Mimik, Freude an Lümmeleien auf der einen Seite, Altklugheit, Trieb zur Beschäftigung mit den höchsten Problemen anderseits. Wir finden diese Symptome aber auch bei andersartigen und spät ausbrechenden Schizophrenien, wenn ihre Komplexe eine Selbstüberhebung, ein Gerngroßsein bedeuten.

Im jetzigen Begriff der Hebephrenie spielt also das Alter des Beginnes keine Rolle, wenn auch die meisten Fälle in und bald nach der Pubertät erkranken. Sie bildet jetzt den großen Topf, in den die Formen geworfen werden, die nicht bei den anderen drei unterzubringen sind.

Hebephrenie mit manischen und depressiven Anfällen. Mutter früh verloren, in einer Anstalt erzogen, wo sie als Angestellte blieb. Immer zurückgezogen und etwas eigen, aber nett im Benehmen. 36jährig, als der Vater versorgt werden mußte, machte sie sich Vorwürfe, sie tue nicht genug für ihn, habe sich an ihm versündigt. An einem Kurorte keine Besserung; Selbstmordgedanken; schlich einmal um einen Weiher, übernachtete im Walde, kam dann unvermerkt in ihre Anstalt zurück. In die Klinik gebracht, schien sie zuerst mehr steif und apathisch als gedrückt, klagte aber, daß sie die Ärmste von allen Insassen sei, verloren und verlassen von Gott und Menschen. Schlief nicht. Wirrwarr im Kopf. Oberer Teil des Gesichtes deprimiert, unterer eher lächelnd. Oft gesperrt. Viele Stimmen. Stereotypes Herumschlagen mit den Armen. Identifiziert verschiedene Dinge, z. B. die verschiedenen Ärzte miteinander. Sie ist bloß drei Tage alt. Der erste Tag ist „wo die erste Unsittlichkeit vorgekommen ist" als ein kleines Kind, „der zweite entspricht der zweiten, der dritte ist jetzt, wo es zum Sterben geht." Sie ist auch „drei Tage oder drei Wochen" hier. Der Direktor des Burghölzli ist auch der Hausvater ihrer Anstalt. Wen sie jetzt sieht, hat sie schon früher gesehen, aber als andere Personen. Die ganze Menschheit muß wieder anders werden (wahrscheinlich zuerst ganz kleines Kind). Der Körper ist vergiftet. Man werde sie ungestraft morden, zuerst in heißes Wasser tun und dann in Stücke zerschneiden. Mit ihren Sünden hat sie die Unsterblichkeit verdient. Beständig Stimmen, über die sie aber keine Auskunft geben kann. Sperrungen. Bei indifferenten Fragen aber prompte Antworten. Viele Parästhesien der Eingeweide. — Im Laufe eines Jahres allmähliche Besserung bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit. Zwei Jahre später, 29 Jahre alt, ein manischer Anfall, in dem sie ihr Verhältnis zum Hausvater ihrer Anstalt ausplauderte, so daß dieser die Stelle verlor. Als manisch-depressiv wurde sie aus einer anderen Anstalt zu uns gebracht, konnte aber schon nach einem Monat entlassen werden. Ein Jahr später kam sie schon wieder, nachdem sie an verschiedenen Stellen gewesen, in manischem Zustand Sie gibt an, sie habe zu strenge gearbeitet, Magenblutungen gehabt, man habe ihr zu viel widersprochen, sie wolle, daß alle Leute ihr gehorchen. Steife Manie mit Tanzen und Singen und Kleiderzerreißen und Schimpfen. Ihr Gesicht verändert sich aber nicht, ob sie Witze macht oder schimpft. Nach einem halben Jahr konnte sie wieder entlassen werden und blieb 14 Monate draußen. Dann kam sie in neuer euphorischer Verstimmung mit großer Wurstigkeit gegenüber der Internierung und allem, was mit ihr geschah und gesprochen wurde Zeitweise stark manisch, laut, schmierend, zerreißend. Sie fing an, Ärzte und Wärterinnen bewußt zu schikanieren. Zwischendurch wieder sehr nett. Kann zwischen dem Lachen plötzlich weinen. „Den Doktor M. (früherer Anstaltsarzt) heirate sie doch nicht." Wurde nach sieben Monaten in ein Erholungsheim entlassen, kam ein Jahr später zum fünften

Mal mit steifer Euphorie, von der sie bald ruhiger wurde. Sie sitzt nun anderthalb Jahre fast untätig, aber ruhig herum.

Depressive Hebephrenie. Krankenpflegerin. Nettes intelligentes Mädchen. Hat eine Anzahl Heiratsgelegenheiten ausgeschlagen; sie fürchtete sich vor der Ehe, vor den Geburten. Nichtsdestoweniger trägt sie es ihrer Schwester nach, daß sie durch ihre Warnungen die Ursache ist, daß ein bestimmtes Verhältnis sich zerschlug. War vom 29. bis 32. Jahre bei uns als gewissenhafte Wärterin. Trat wegen körperlicher Krankheit aus. War dann in verschiedenen anderen Stellen. Nach und nach müde, empfindlich, glaubte sich schikaniert, zum Teil mit Recht, da sie eben die anderen mit ihrer Reizbarkeit ärgerte. Auch fühlte sie sich immer matter; die Arbeit wurde ihr zu schwer. Als sie eine andere Abteilung in der Anstalt, wo sie diente, übernehmen sollte, bekam sie Angst, ging weg; war mit dem Zeugnis unzufrieden. Sie plante Selbstmord und wurde deshalb 37 Jahre alt zu uns gebracht. Hier wechselnd deprimiert, leichte Beziehungsideen, dann und wann einige Stimmen, wurde bisweilen von Jugenderinnerungen, die sich ihr aufdrängten, geplagt. Wenn sie besser war, hatte sie Angst, aus der Anstalt herauszukommen; doch konnte sie nach 13 Monaten an eine Stelle entlassen werden, Sie versah dieselbe gut, fand sie aber bald zu schwer, nahm einige andere Stellen an, konnte sich jeweilen schwer dazu entschließen, und mußte nach acht Monaten wieder in die Klinik gebracht werden. Sie hat entschieden an Energie abgenommen, besitzt eine gewisse Einsicht in ihre Krankheit, aber nur zeitweise, ist viel im Bett, arbeitet wenig. Die Arbeit strengt sie zu sehr an; sie spricht manchmal energielos vom Fortgehen, fürchtet sich aber jeweilen, wenn es drauf und dran ist, ist leicht empfindlich auch gegen ihre Verwandten.

Hebephrenie mit Übergang ins Paranoid. Als Kind etwas apathisch. Verlor die Eltern früh. Im Welschlandpensionat trat eine „nervöse Krankheit" auf, gegen die sie ein Jahr lang mit Persuasion ohne Erfolg behandelt wurde. Doch faßte sie eine krankhafte Neigung zu dem Arzte, mußte fast mit Gewalt von ihm weggenommen werden. Sie kam ins Haus eines anderen Arztes, dann zu einem Verwandten, wo sie sich im Hause betätigte. 24 Jahre alt ging sie nach England in eine Pension, wo sie einige überschwengliche und fromme Freundschaften hatte. „Zur Erholung und auch um zu arbeiten" kam sie 33jährig wieder in die Schweiz, ging dann zu einem Verwandten nach Amerika, ließ sich von einem Freunde desselben viel Geld ablocken, kam aber rechtzeitig wieder in die Schweiz, weil sie lungenkrank geworden war. Später wurde sie an einer Darmverwachsung operiert. Im Krankenlager deprimiert, so daß sie sich mit einem Federmesser in den Hals schnitt, worauf sie 35 Jahre alt in die Klinik kam. Hier ängstlich, stellte sich gern im Hemd an die Türe, rief jedem, der vorüberging, sie müsse im Hemd auf die Straße. Schließlich wollte sie gar nichts mehr anziehen, zerriß ihre Hemden, sie seien zu schön. Mußte mit der Sonde gefüttert werden. Schlief sehr wenig. Meinte jedesmal, wenn die Türe ging, nun komme jemand, der sie zu Tode martere. Wollte nicht Wasser lösen, weil man ihr durch das Fenster zuschaue. Lebhafte Gehörs- und Körperhalluzinationen, über die sie aber wenig sprach. Nach vier Monaten etwas ruhiger. Die Stimmen verbieten ihr aber, laut zu reden. Von einem Besuch bei Verwandten kam sie gerne zurück. Die Stimmen sagen ihr, sie seien nicht die richtigen Verwandten. Man muß sie versichern, daß sie keine Katze und keinen Hund im Unterleib habe. Sie wird im Schlafe an viele Orte hintransportiert, einmal samt dem Zimmer an einen Fluß, dann wieder an einen Ort, wo es Schnee hat. „Die Möbel sind abgestorben wegen den Strahlen aus ihren grünen Augen." Nach und nach schlägt die traurige Verstimmung in eine leicht manische um, die im Laufe eines Jahres einer sehr apathischen platzmacht, immerhin mit kurzdauernden Schwankungen nach oben und unten. Man will sie absichtlich zugrunde richten, hört viele Stimmen, verwechselt die Personen, fürchtet sich, ins Freie zu gehen, wo Leute sind, die sie erschießen; die Ärzte machen ihr alle Scheußlichkeiten am Leib. Nichtsdestoweniger ist sie unter sanftem Protest recht liebenswürdig, soweit ihre Gleichgültigkeit es erlaubt. Der Freund aus Amerika hat sich in Gestalt einer Wärterin zu ihr geschlichen. Man gibt ihr Gift und ekelhafte Sachen zu essen. Ihr Onkel war auf einem Baum gegenüber ihrem Fenster und wollte sie erschießen; aber ein Engel hat sie beschützt. Man hypnotisiert sie, hat ihr Katzenaugen eingesetzt. Die Wärterinnen sprechen über sie. Ihr Heimatschein ist gefälscht. Man schiebt ihr ein uneheliches Kind unter. Männer kommen als Wärterinnen gekleidet, foltern sie, schlagen sie auf den Kopf, hypnotisieren sie, gießen ihr Gift in die Augen, werfen ihr Steine an. Daneben ist sie ganz ruhig, beschäftigt sich mit weiblichen Arbeiten und Abschreiben.

Hebephrenie mit tödlichem Ausgang. Intelligente Geschäftsfrau. Mit 19 Jahren eine melancholische Verstimmung. Nachher gute Arbeiterin, aber nie sehr energisch. Mit 38 Jahren wurde ihr die Arbeit zu viel. Schlafanfälle, Ängstlichkeit, Wortkargheit. Bei Einkäufen fand sie die Worte oft gar nicht oder konnte sonst nicht reden. Dann ängstliche Beachtungs- und Beziehungsideen. Aufenthalt in einer Privatanstalt besserte nichts,

ebensowenig die Herausnahme. Nach zwei Jahren wurde Patientin in die Klinik gebracht, wo sie innert weniger Tage euphorischer wurde. Dabei war sie sehr gleichgültig, unordentlich, verbarg Bücher, spielte von Musikblättern ein paar Takte und warf sie auf den Boden usw. Immerhin hielt sie sich auf der besten Abteilung, wo sie auch ein wenig arbeitete, ohne viel zu leisten. Einmal schrieb sie einen verbigerierenden Brief nach Hause. Ein Versuch, sie zur Familie zu nehmen, mißlang, da sie gar nichts arbeitete und sehr unordentlich war, sich nicht einmal anzog und sich nicht kämmte. Wieder in die Anstalt gebracht, blieb sie leicht euphorisch, arbeitete aber immer weniger, wurde immer unordentlicher, kniete oder legte sich auf den Boden, wenn sie sich allein glaubte. Ihrer Faulheit versuchte sie einen vornehmen Anstrich zu geben. Später wurde sie gelegentlich unrein, deponierte ihre Fäzes an ungeeigneten Orten. Nach im ganzen sechsjährigem Aufenthalt, 45 Jahre alt, bekam sie ziemlich plötzlich eine ängstliche Depression mit Fortdrängen, Sichanklammern, Lärmen in langen sich endlos wiederholenden Sätzen; dabei sexuelle Erregung. Im Laufe von zwei Monaten status quo ante. Bald aber erkrankte sie wieder an Fieber ohne Befund mit 40°, das nach fünf Tagen abfiel und subnormalen Temperaturen platzmachte (bis auf 35,6 herunter). Die Kräfte verfielen rasch. Der Puls war allerdings noch kurz vor dem Tode auffallend kräftig, nicht beschleunigt, aber oft unregelmäßig. Nackenstarre (oder Negativismus?); Patellarreflexe sehr wechselnd, bald geschwächt, bald verstärkt. Kein Babinski. Mehrmals Analgesie. Rasch sich ausbreitender Dekubitus trotz aller Maßnahmen. Koma. Exitus nach zwölftägiger Dauer der ganzen Affektion. Im Gehirn makroskopisch gar kein Befund, mikroskopisch starke Vermehrung der Glia im Großhirn in allen Teilen ohne Veränderung der Ganglienzellen.

Schizophrene Hypochondrie. Sehr tüchtiges, intellektuell und körperlich über dem Durchschnitt stehendes Bauernmädchen, aus äußeren Gründen ohne große Schulbildung. Vater und Großvater litten jahrelang an „Magenkrämpfen". Pat. war eine sehr gute Seidenzettlerin, bekam die schwierigeren Arbeiten und auch die Berechnungen; lebte bei ihrem Bruder. Heiratsgelegenheiten schlug sie konsequent aus; „sie konnte sich nicht entschließen"; „fürchtete sich vor der Ehe". Einige intime Mädchenfreundschaften; noch in der Anstalt machte sie ein „Freundschafts"-Gedicht, das stark homosexuelle Komponente verriet. Als sie 47jährig war, starb der Bruder. Nun „überarbeitet", bekam Magenbeschwerden, mußte bald ganz aussetzen. Sie zog von einem Arzt zum andern, erhielt die verschiedensten Diagnosen, Magen- und Darmerschlaffung, Fäulnis im Leib, colitis membranacea, Gallengries, Leberverhärtung, bewegliche Niere, später auch Hysterie. Die Medizinen, die sie schluckte, „wurden ihr Gift", und brachten sie nebst Elektrizität, Massage, Persuasion und anderen schönen Dingen innert weniger Jahre um ihr Vermögen von 10000 Fr., so daß sie almosengenössig wurde. Schließlich kam sie aus einer anderen Anstalt, wo man mit ihr nicht auskam, zu uns (54jährig). Körperlich blühende kräftige Person. Klagen über Untätigkeit des Darmes, Stauung aller Sekrete, Gebärmutter vergrößert, drückt auf den Darm, dessen Inhalt verfault; entsetzliche Schmerzen; Herzklappenschwund usw. usw. Ignorierende und ablenkende Behandlung erreichte in den fünf Jahren, da sie bei uns ist, daß sie wieder täglich arbeitet und für gewöhnlich sich resigniert hat, keine Behandlung zu verlangen. Immerhin mit aller Reserve, daß wir von ihrer schweren Krankheit nichts verstehen. Redet man über die Krankheit mit ihr, dann allerdings schimpft sie über ihr Leiden und über die Behandlung. Sie kann aber innert weniger Sekunden erotisch freundlich gemacht werden. Sie liegt z. B. schmerzvoll halbtot da; man fordert sie zu einem Tanze auf, da macht sie mit bis zum Schwindel. Beim Gespräch über die Krankheit hat sie manchmal ausgesprochen paranoiden Blick und immer starkes Veraguthsches Zeichen; beides verschwindet bei Ablenkung sofort. Einmal habe ich mich bereden lassen, ihr, weil sie behauptete, nie Stuhl zu haben, Abführmittel zu geben. Sie blieb bei dieser Behauptung trotz täglich mehrerer Stühle, magerte ein wenig ab — und klagte nie so viel wie während dieser Zeit. — Onaniert sehr viel. — Unterschied von Hysterie: Absolute Gleichgültigkeit gegen alles, was nicht ihre Krankheit ist und auch gegen diese, wenn man ihr nicht Gelegenheit gibt, darüber zu reden. Rapport mit ihr hat man nur in bezug auf die Krankheit (negativ), und dann einen gewissen einfältig erotischen, der in großem Kontrast zu ihrer sonstigen Intelligenz und ihrem Anstand steht. Sie lebt auf der Abteilung ganz autistisch fort ohne sich bemerkbar zu machen, reiht sich vollständig den anderen Schizophrenen ein. Beklagt sie sich über die Wärterinnen, so macht sie ihnen keine Szene. Manchmal hat sie deutlich steife Affekte. Die hypochondrischen Wahnideen sind für eine Hysterie allzu unsinnig. Absolute Diskussionsunfähigkeit und Unbeeinflußbarkeit in bezug auf ihre Krankheit (die kleine Besserung ist nur auf ganz indirektem Wege gewonnen worden). — Psychisch: Ihre Libido ist am Bruder hängen geblieben, den sie gewöhnlich assoziiert, sobald man vom Heiraten spricht. Im Gegensatz zu ihrer sonstigen Gleichgültigkeit gegenüber allem, was nicht ihre Krankheit betrifft.

kann sie weinen bei der Erinnerung an denselben. Als er starb, hatte sie allen affektiven Anschluß verloren, auch die Arbeit wurde ihr zu viel, „Überanstrengung" mit subjektiven Beschwerden in Magen und Darm. Einige zufällige Bemerkungen der Patientin deuten mit ziemlicher Sicherheit darauf hin, daß die eingebildete Uterusvergrößerung dem Wunsche nach Kindern entsprungen und der Darm wie häufig den Uterus vertreten soll.

Hebephrenie mit Alkoholismus. Bäcker und ehemaliger Wirt. Mittlere Intelligenz. Von jeher jähzornig, grob. Mit 26 Jahren eigenes Geschäft, das nach und nach herunterkam. 38jährig hörte er Stimmen, wurde ängstlich, verband die Türen, suchte in der Nacht nach Männern, die der Frau nachstellten; fand das Bett derselben nicht in Ordnung, sah auf einmal Köpfe. Selbstmordversuch mit der Begründung, man werde ihm das Wirtpatent entziehen, da in der Wirtschaft so viel Unsauberes gehe. Deshalb in die Anstalt, kam gebessert nach Hause, trank kurze Zeit nicht, arbeitete gut, warf aber der Frau seine Internierung vor. Dann fing er wieder an zu trinken, bekam wieder die Eifersuchtsideen, aber nur, wenn er betrunken war. Arbeitete unregelmäßig. Wegen Gewalttätigkeiten wieder in die Klinik. Er konnte eine Fabel nicht scharf auffassen, hatte alle möglichen Trinkerausreden, war aber weniger diskussionsfähig als gewöhnliche Trinker und machte manchmal recht sonderbare Bewegungen. Affektivität zunächst noch labil: Tränen in den Augen über die Internierung, dann wieder steif und gleichgültig. Dann und wann sonderbare Bewegungen. Kam nach sieben Tagen mit der Diagnose Hebephrenie und Alkoholismus in eine andere Anstalt. Dort nach zwölf Wochen entlassen. Auch diesmal ging es zunächst bei Alkoholenthaltung kurze Zeit ordentlich, dann immer schlechter. Eifersuchtswahn und Tätlichkeiten gegen die Frau. Das Geschäft hatte er aufgeben müssen, weil er im Rausch Brot und andere Sachen aus dem Fenster warf, die Kunden beleidigte. Arbeitete als Bäckergeselle oder auch wochenlang gar nicht. Dann und wann fiel auf, daß er nichts sprach. Die Eifersuchtsideen wurden immer ärger. Er fragte in den gemeinsten Ausdrücken die Kinder nach Untreue der Frau aus. Ferner legte er oft Zündhölzchen in besonderer Weise zusammen und sagte geheimnisvoll, das bedeute etwas. Wegen Mißhandlung der Frau wieder gebracht (47jährig), war er bei der Aufnahme vollständig gesperrt. Dann wie früher. Nach wenigen Tagen kam er in eine andere Anstalt. Im nächsten Jahre wieder aufgenommen mit Mutismus, zusammengepreßten Lippen. Er war draußen durch allerlei unsinnige Handlungen aufgefallen; z. B. hatte er sich vor den Tramwagen gestellt und mit dem Taschentuch gewinkt. Wieder entlassen war er auffallend, arbeitete sehr wenig, machte allerlei Geberden, sodaß man sich vor ihm fürchtete, prügelte Frau und Kinder. Immerhin wurde er erst nach fast fünf Jahren wieder gebracht in schizophrener und alkoholischer Verblödung.

4. Wo nur die Grundsymptome zu sehen sind, sprechen wir von Schizophrenia simplex[1]) (primäre Demenz früherer Autoren). Es handelt sich meist um ganz allmählich im Laufe von Jahrzehnten zunehmende Verblödung im Sinne der Schizophrenie. Die Anamnese ergibt regelmäßig, daß die Krankheit viele Jahre lang verkannt worden ist; sie war eine latente Schizophrenie. Da aber auch diese Form wie jede andere nicht bis zur erkennbaren Verblödung fortschreiten muß, gibt es unzweifelhaft auch latente Schizophrenien, die niemals manifest werden; man trifft sie denn auch nicht selten bei Angehörigen von manifest Kranken oder in der Sprechstunde bei Patienten, die wegen irgend welcher „nervösen" Beschwerden kommen.

Schizophrenia simplex. Lehrer. Intelligent, aber immer etwas sonderbar, zurückgezogen, hatte verschiedene Steckenpferde. In der Schule ging es mit den Jahren immer schlechter. Die Disziplin lockerte sich. Aber erst als er 50 Jahre alt war, bedeutete man ihm, so könne es nicht mehr gehen. Statt das einzusehen, verlangte er mehrfach Besoldungserhöhung bei den Behörden. Schließlich mußte er resignieren und querulierte nun beständig „um sein Recht", die Oberbehörden müßten ihm eine gut bezahlte Stelle verschaffen. Er war ganz unbelehrbar über die materielle und formelle Unmöglichkeit der Erfüllung. Drohte schließlich den Beamten, sie durchzuprügeln, und kam als gefährlich in die Klinik. Hier ließ er sich äußerlich etwas beruhigen und konnte nach acht Monaten wieder entlassen werden. Draußen ging es, indem er sich mit untergeordneten landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigte.

[1]) DIEM, Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex). Diss. Zürich, 1903 und Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. 37, H. 1, 1903.

Kraepelin hat neuestens eine etwas eingehendere Gruppierung aufgestellt:

1. Die Dementia simplex, der bisherigen entsprechend, 2. die läppische Verblödung, ungefähr der Heckerschen Hebephrenie entsprechend und durch den Namen gut gekennzeichnet, 3. die einfache depressive oder stuporöse Verblödung hat oft ein jahrelanges Vorläuferstadium, in dem die Kranken sich zurückziehen, eigentümlich werden, vor sich hinbrüten. Nur in etwa 20% bricht ohne solche Einleitung eine leichtere schizophrene Depression mit Versündigungs- und Verfolgungsideen und oft auch katatonen Symptomen aus. Ein ziemlich großer Teil der Kranken tritt nachher in einen leidlichen Zustand ohne starke Verblödung; aber die Anfälle können sich wiederholen. Die stuporöse Verblödung umfaßt viele unserer Katatonien mit depressivem Stadium, aber auch etwa Hebephrenien. 4. Die depressiven Verblödungen mit Wahnbildung haben ähnliche Symptome, verlaufen aber im Durchschnitt etwas chronischer, haben eine etwas schlechtere Prognose und zeigen die Wahnideen mehr im Vordergrund. 5. Bei der zirkulären Form wechseln Erregungen und Depressionen; sie führt meist zu stärkerer Verblödung. (Es gibt eine etwas andere Gestaltung, die vielleicht diesen Namen noch eher verdiente, indem sie in deutlichen manischen und depressiven Anfällen verläuft, die sich scharf von den besseren oder im Anfang ganz guten Zwischenzuständen abheben.) 6. Bei der agitierten Form bestehen dauernd Aufregungen mit Triebhandlungen, sinnlosen Bewegungen und im allgemeinen gehobener Stimmung. (Diese Form schien Kraepelin die häufigste bei den Eingeborenen Javas zu sein.) 7. Formen mit periodischen, meist recht akut einsetzenden und wieder so verschwindenden Anfällen von verwirrter Aufregung, die meist nicht lange, nur wenige Wochen, dauern und mit starker Abnahme des Körpergewichtes verbunden sind. Sie schließen sich nicht selten an die Menstruation an. 8. Die Katatonie, umfassend die schwereren Fälle der bisherigen Kraepelinschen Krankheit dieses Namens. 9. Die paranoiden Formen, entsprechend unserem Paranoid und eingeteilt in die Dementia paranoides gravis mit starkem Zerfall des Seelenlebens, Gemüts- und Willensstörungen und Verlust der äußeren Haltung, und den paranoiden oder halluzinatorischen Schwachsinn, bei dem die Halluzinationen im Vordergrunde sind, der Kern der Persönlichkeit aber weniger gelitten hat (Dementia paranoides mitis). Als eine zehnte Gestaltung wäre herauszuheben die Sprachverwirrtheit (Schizophasie), verlaufend mit sehr starker Sprachstörung bis zu vollem Wortsalat, aber verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung der übrigen Leistungen, so daß die Kranken noch einigermaßen arbeitsfähig sind, wenigstens innerhalb der Anstalten.

E. Der Verlauf.

Alle Verlaufsweisen der Schizophrenie zu schildern ist unmöglich. Es können so ziemlich alle denkbaren Verlaufskombinationen vorkommen außer dem Rückgängigwerden einer stärkeren Verblödung. Immerhin wiederholen sich zwei Typen besonders häufig: der von Anfang bis Ende chronische Verlauf, der viele Jahre braucht zur Entwicklung, und der manifeste Beginn mit einem akuten Auftritt, nach dem „sekundär" demente oder paranoide Zustände zurückbleiben. Es braucht aber das akute Syndrom keine Zunahme der Verblödung zu hinterlassen, und anderseits kann die Verblödung wie die Ausbildung von Wahnideen auch nach und zwischen den akuten Anfällen Fortschritte machen. Ganz chronisch verlaufende Formen sind namentlich die einfache Schizophrenie und gewisse katatonische Erscheinungsweisen, dann die typischen Formen des Paranoids.

Bei jedem Verlauf können zu jeder Zeit Exazerbationen auftreten, doch sind sie nach zwei bis drei Jahrzehnten Krankheitsdauer ziemlich selten. Vollständige Stillstände sind bei den Anstaltspatienten nicht häufig. Im Verlaufe der Dezennien läßt sich gewöhnlich eine Zunahme der Verblödung konstatieren. Unter den leichter Kranken, die sich draußen halten, scheinen manche eine gewisse Krankheitshöhe nicht mehr zu überschreiten.

Auch Besserungen können in jedem Stadium eintreten; sie betreffen aber in erster Linie die akzessorischen Symptome. Der schizophrene Blödsinn an sich bildet sich nicht mehr eigentlich zurück. Selbstverständlich haben aber alle akuten Syndrome die Tendenz zu verschwinden, und auch chronische Halluzinationen und Wahnideen können zurücktreten, wenn auch viel seltener. Ganz hoffnungslos sind Psychosen, die von Anfang an unter dem Bild einer chronischen Katatonie verlaufen. Aufgeregte Kranke werden in der Regel im Laufe der Jahre ruhiger, teils indem sie sich an die Halluzinationen und an den Zwiespalt innen und außen gewöhnen, oder auch, indem die Sinnestäuschungen an Häufigkeit und Intensität abnehmen.

Bemerkenswert sind die plötzlichen und vorübergehenden Akalmien in schweren akuten wie chronischen Zuständen. Ein hochgradig Aufgeregter, namentlich ein Verwirrter, kann mit oder ohne äußere Ursache von einer Minute auf die andere ganz normal erscheinen, um dann allerdings nach Stunden oder Tagen wieder in den vorhergehenden Zustand zurückzufallen.

Der qualitative Verlauf ist etwas regelmäßiger; die Großzahl der Fälle bleibt vom Anfang bis zum Ende innerhalb ihrer Kategorie.

Der Beginn der Schizophrenie ist in Wirklichkeit meist ein schleichender. Wenn auch die Krankheit den Angehörigen oft erst durch einen akuten Ausbruch offenbar wird, so läßt eine gute Anamnese meistens vorher gewisse Charakteränderungen oder andere schizophrene Zeichen auffinden. Ob die oft schon im Kindesalter auffallende Neigung zu Zurückgezogenheit, verbunden mit einem gewissen Grade von Reizbarkeit, Ausdruck einer Disposition oder des Krankheitsbeginnes selbst ist, kann man noch nicht entscheiden. In manchen Fällen drückt sich die eigentliche Krankheit durch allmähliches Versagen der Fähigkeiten und der Arbeitskraft aus; in anderen werden neurasthenische oder sogar hysterische Symptome jahrelang als die Krankheit angesehen und vergeblich behandelt. Charakteranomalien und vereinzelte unvermittelte Handlungen fallen schon stärker auf. Dann und wann einmal wird die Krankheit als Zwangsneurose verkannt.

Der Ausgang ist in einer kleinen Anzahl (unter einem Prozent) der akuten Fälle der Tod an Hirnschwellung oder Darniederliegen des Stoffwechsels. Andere Kranke sterben an indirekten Folgen der Schizophrenie, an Verletzungen aus Absicht oder Unachtsamkeit, Selbstmord. Gewöhnlich wird auch die Phthise angeführt, die aber bei guter Hygiene in den Anstalten nicht mehr zu fürchten ist als bei geistig Gesunden.

Ein kleiner Teil wird so „geheilt", daß man nur bei ganz genauem Zusehen noch etwas von der Krankheit findet: eine gewisse Reizbarkeit, eine unvollständige Loslösung von den Wahnideen, einige Bizarrerien u. dgl. Immerhin gibt es recht viele „soziale Heilungen" im Sinne E. Meyers. Bei den Verhältnissen unserer Anstalt kann man rechnen, daß nur etwa ein Drittel schwerer verblödet, und mehr als die Hälfte der übrigen noch längere Zeit oder dauernd einigermaßen arbeitsfähig bleibt. Die Katatonie hat namentlich bei den Männern eine etwas schwerere Prognose als die andern Formen; auch Pupillensymptome scheinen hauptsächlich bei schwerer Hirnaffektion vorzukommen, und vorher konstatierter „abnormer Charakter" trübt die Aussichten. Die Dämmerzustände bilden sich um so vollständiger zurück, je reiner sie sind. Sonst

aber haben wir leider zu Beginn der Krankheit keine Anhaltspunkte für die Streckenprognose.

Ausgänge nach Kraepelin.

Kraepelin erwähnt bei den Ausgängen folgende Formen, die sich naturgemäß nicht scharf voneinander abgrenzen.

1. Beim einfachen Schwachsinn betreffen die Defekte vor allem die Affektivität, wobei eine gewisse Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt. 2. Der halluzinatorische Schwachsinn ist ähnlich, wird aber dauernd von einzelnen Sinnestäuschungen begleitet, deren Natur die Kranken mehr oder weniger erkennen, so daß das äußere Benehmen in der Hauptsache noch geordnet sein kann. 3. Die Dementia paranoides mitis ist gekennzeichnet durch Wahnideen und Halluzinationen, welche zum Unterschied von der vorhergehenden Gruppe sehr zahlreich sind. 4. Die faselige Verblödung zeigt eine stärkere Zerfahrenheit des Gedankenganges mit unsinnigen Wahnideen und unsinnigen Reden. 5. Die stumpfe Verblödung nähert sich schon der Ruhe des Grabes, wenn auch einzelne Patienten untergeordnete Arbeiten verrichten, aber auch gelegentliche Aufregungen und positivere Symptome wie Stereotypien usw. kaum je ganz fehlen. 6. Die läppische Verblödung äußert sich in größerer Aktivität bei meist heiterer Stimmung und einfältigen Handlungen. 7. Ähnlich ist die manierierte Verblödung, bei der aber absonderliche Abwandlungen der Willenshandlungen (etwa Herumhüpfen auf einem Bein, stereotype Stellungen u. dergl.) im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. 8. Die negativistische Verblödung wird durch die Stärke des triebartigen Widerstrebens gekennzeichnet.

F. Umfang des Begriffs.

Zur Schizophrenie gehören viele unreine Melancholien und Manien anderer Schulen (namentlich wohl alle „hysterischen“ Melancholien und Manien), die meisten halluzinatorischen Verwirrtheiten, vieles, was man anderorts Amentia nennt (unser Amentiabegriff ist ein viel engerer), ein Teil der Formen, die dem Delirium acutum zugeteilt werden, die Wernickeschen Motilitätspsychosen, primäre und sekundäre Verblödungen ohne besonderen Namen, die meisten Paranoien der anderen Schulen, namentlich alle hysterisch Verrückten, fast alle unheilbaren „Hypochondrien“, manche „Nervösen“ und Zwangspatienten und Impulsive. Die als juvenile und masturbatorische Formen besonders herausgehobenen Krankheiten gehören alle hierher, ferner ein großer Teil der Degenerationspsychosen Magnans. Manche Haftpsychosen und Ganserſche Dämmerzustände sind akute Syndrome auf einer chronischen Schizophrenie. Wenn es uns noch etwa begegnet, reaktive Psychosen dazu zu zählen, so ist das ein Mangel der Diagnostik, nicht der systematischen Abgrenzung.

Paraphrenien. Nicht wenige der paranoiden Formen, die ich, den früheren Vorstellungen von Kraepelin folgend, hier zur Dementia praecox gezählt habe, scheinen in ihrem ganzen äußeren Habitus sehr viel anders als die Durchschnittsfälle der verblödenden Schizophrenen. Sie bewahren die äußere Haltung und damit eine gewisse Arbeitsfähigkeit viel besser; auch unrichtiges Benehmen erscheint als begründet durch Wahnvorstellungen. Die Gemüts- und Willensstörungen, ebenso wie katatone Symptome, treten zurück. Das innere Gefüge des Seelenlebens ist weniger in Mitleidenschaft gezogen, wie Kraepelin sich ausdrückt. Es ist höchst wahrscheinlich, daß unter diesen Fällen sich Formen befinden, die von der Dementia praecox in ihrer jetzigen Umschreibung abgetrennt werden sollten; ob sie später Anlaß geben werden, den Begriff der Schizophrenie zu erweitern, oder ob sie etwas ganz anderes sind, mag die Zukunft lehren. Jedenfalls reicht jetzt unsere Diagnostik noch nicht aus, diese Formen von den zahlreichen leichteren Fällen sicherer Schizophrenie zu unterscheiden, die im Anfange und auch oft während des ganzen Verlaufs in den nämlichen Beziehungen relativ gut erhalten sind. Von den verschiedenen Versuchen, solche Formen abzutrennen, sei der Kraepelinsche erwähnt:

1. „Die Paraphrenia systematica ist gekennzeichnet durch die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahns mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit.“ Sie umfaßt als Grundstock MAGNANS délire chronique à évolution systématique (paranoia completa von MOEBIUS). Die Kranken ziehen sich mißtrauisch zurück, fangen an, immer mehr Handlungen der Umgebung im Sinne der Verfolgung auf sich zu beziehen; oft erst nach Jahren kommen Halluzinationen, hauptsächlich des Gehörs hinzu. Viel später treten, bald langsam, bald in einer plötzlichen Erleuchtung, Größenideen hervor, mit denen der Verfolgungswahn meistens verquickt wird. Erinnerungsfälschungen unterstützen die Wirkungen der Halluzinationen. Die Stimmung ist in den ersten Jahren meistens gedrückt, dann feindselig drohend; der Größenwahn bringt eine hochfahrende höhnische Note hinein. Die Handlungen sind in erster Linie durch die Wahnideen beeinflußt, können aber auch einmal ganz unverständlich werden. Die Krankheit tritt spät, am häufigsten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf.

Weniger häufig sind die folgenden Gruppen:

2. Die paraphrenia expansiva ist gekennzeichnet „durch die Entwicklung eines üppigen Größenwahnes mit vorwiegend gehobener Stimmung und leichter Erregung.“ Die Entwicklung ist gewöhnlich rascher als bei der ersten Form; Gesichtshalluzinationen spielen eine auffallend große Rolle. Sie betrifft viel mehr Frauen als Männer.

3. Bei der paraphrenia confabulatoria herrschen Erinnerungsfälschungen vor, die eine ganze Menge Erlebnisse im Sinne der Verfolgung und Größe in die Vergangenheit setzen.

4. Bei der paraphrenia phantastica, die die frühere dementia paranoides im alten engeren Sinne in sich aufgenommen hat, entstehen oft recht rasch, vielfach unter einer melancholischen Verstimmung, ganz unsinnige Wahnideen, neben denen aber eine gewisse geistige Regsamkeit, meist sogar eine gute Arbeitsfähigkeit in der Anstalt erhalten bleiben. Neben anderen Halluzinationen treten hier Störungen der Körperempfindungen sehr stark hervor.

G. Kombination der Schizophrenie mit anderen Krankheiten.

Die Schizophrenie kann sich mit anderen Psychosen kombinieren; jedenfalls kann sie auf Oligophrenien entstehen („Propfhebephrenie“) und von senilen Psychosen gefolgt werden. Gelegentlich kompliziert auch eine Paralyse, viel häufiger ein Alkoholismus, eventuell mit Delirium tremens oder Alkoholwahnsinn das Bild. Wahrscheinlich gibt es auch Mischung von manisch-depressivem Irresein und von Epilepsie mit Schizophrenie. Die Beziehungen dieser beiden Krankheiten zur Dementia praecox sind aber jedenfalls vielgestaltig und noch lange nicht klar, ebensowenig wie die Abgrenzung der kombinierten von den einfachen Formen mit scheinbaren Mischsymptomen.

H. Diagnose.

Die Diagnose der Schizophrenie ist in den gewöhnlichen Fällen sehr leicht. Das Sonderbare, Launische, Abrupte, der mangelnde affektive Rapport weisen oft gleich auf den ersten Blick auf die Krankheit hin. Auch manche akzessorischen Symptome wie die beschriebenen Wahnideen, die in ihrer Art charakteristischen Halluzinationen, namentlich die der Körperempfindungen, ausgesprochene katatone Symptome erlauben eine rasche Erkennung. Alle einzelnen Symptome sind aber nirgends so sehr wie bei der Schizophrenie von ihrer ganzen psychischen Umgebung aus zu beurteilen. Bei Trübung des Bewußtseins sind die nämlichen Erscheinungen lange nicht so beweisend, wie bei anscheinender Besonnenheit. Katalepsie kommt auch

bei Epilepsie, bei Hysterie, dann bei Hirnkrankheiten und als Begleiterscheinung körperlicher Krankheiten, z. B. der Urämie bei Kindern. vor. Im Negativismus muß das Triebartige unterschieden werden von den Formen der Abweisung aus anderen Gründen. Von den körperlichen Symptomen hat nur der Mangel psychischer Pupillenreaktion eine bestimmtere Bedeutung. Ausschließen kann man eine Schizophrenie direkt niemals.

Vor Verwechslung mit dem manisch-depressiven Irresein schützt oft nur die längere Beobachtung. Alle manisch-depressiven Symptome können bei der Schizophrenie vorkommen, nicht aber die spezifisch schizophrenen Symptome bei der ersteren Krankheit. Gegenüber der Paralyse und Dementia senilis ist das Fehlen der Zeichen der organischen Psychosen ausschlaggebend (eventuell die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit). Grobe Hirnherde können manchmal längere Zeit ein schizophrenes Bild vortäuschen. Ein Stupor kann bei einem Imbezillen infolge einer ungewohnten Situation entstehen, z. B. bei einer forensischen Untersuchung. Gegenüber der Epilepsie sind namentlich die schizophrenen Affektanomalien auffallend, dann anderseits das Fehlen des epileptischen zögernden Gedankenganges, der epileptischen Sprache, der Gefühlsklebrigkeit. In der Anamnese der Epilepsie wird das Bild gewöhnlich von den Anfällen beherrscht, bei der Dementia praecox, auch wenn Anfälle vorhanden sind, von den psychischen Störungen. Die epileptische Katalepsie dauert meist nur kurze Zeit, z. B. einen Bruchteil einer Stunde, niemals Monate wie die Schizophrenie. In epileptischen Bewußtseinstrübungen, namentlich, wenn der Krankheit Hirnherde zugrunde liegen, kommen etwa Parästhesien vor, die traumhaft verarbeitet werden und schizophrene Organhalluzinationen vortäuschen können. Die verschiedenen alkoholischen Psychosen entstehen nicht so selten auf einer Schizophrenie, die sie dann komplizieren. Die im Beginn recht klippenreiche Unterscheidung von der Hysterie und Neurasthenie ist ähnlich wie beim manisch-depressiven Irresein eine negative. Da psychogene Symptome bei allen drei Krankheiten vorkommen, nehmen wir Schizophrenie dann an, wenn spezifische Symptome dieser Krankheit nachgewiesen sind, Hysterie und Neurasthenie dann, wenn genaue Untersuchung hysterische, resp. neurasthenische, aber keine schizophrene Symptome zutage gefördert hat. Verblödung, Störung der Begriffe, Gehörshalluzinationen und andauernde Wahnideen bei klarem Bewußtsein schließen die bloße Neurose aus (vgl. dazu die Differenzialdiagnose der Hysterie in Kap. XIII).

Besonders schwierig ist die Abgrenzung von reaktiven Syndromen bei Psychopathen, die auch sonst sonderbar sind. Wir haben hier noch keinen Maßstab, der uns lehrte, wie ausgesprochen die Symptome sein müssen, um mit Sicherheit einen schizophrenen Prozeß annehmen oder ausschließen zu können. Man wird eben in diesen Fällen die Schizophrenie nur dann annehmen, wenn bestimmtere Zeichen derselben vorhanden sind, aber sich hüten, sie „ausschließen“ zu wollen.

Oligophrenien, die katatonieähnliche oder paranoide Symptome bekommen, sind manchmal fast unmöglich abzugrenzen, da gerade hier der diagnostische Schwellenwert solcher Erscheinungen und sogar die prinzipielle Begrenzung der Oligophrenie (vgl. Paranoia, Umgrenzung Kap. XIV) noch ungewiß sind.

I. Prognosestellung.

Der Verlauf der Krankheit geht in der Richtung der beschriebenen Verblödungen. Die spezielle Richtungsprognose wird mit einiger Wahrscheinlichkeit durch die Zuteilung eines Falles zu einer der Untergruppen bestimmt. Viel unsicherer ist die Streckenprognose. Manche Fälle zeigen nach dem ersten Schub, ja unter Umständen noch später, einen so geringen Defekt, daß sie praktisch als geheilt angesehen werden können; andere verblöden rasch und hochgradig. Zu den letzteren gehören sicher alle chronischen Katatonien, wahrscheinlich auch die selteneren Fälle von Benommenheit in dem früher geschilderten Sinne. Alle akuten Syndrome können sich zurückbilden. Noch so schwere akute Zustände bei starker Störung der Besonnenheit sind also an sich nicht hoffnungslos. Sehr wenig aber bilden sich die Kardinalsymptome zurück und von diesen wieder am schwersten die Assoziationsstörung. In akuten Zuständen ist es also das Wichtigste, festzustellen, wie weit der eigentliche schizophrene Prozeß schon fortgeschritten sei; je mehr hinter den vorübergehenden akuten Symptomen Stupor und Halluzinationen das schizophrene Bild der Assoziations- und Affektstörung hervortritt, um so schlimmer die Prognose; je ähnlicher ein Bild der reinen Manie oder Melancholie, um so besser ist sie. Ganz gut ist sie natürlich deshalb nicht; denn die Beobachtung stellt nur fest, daß bis jetzt keine Verblödung eingetreten ist, nicht aber, daß sie nicht noch eintreten könne. Wichtige Anhaltspunkte gibt oft auch die Anamnese. Gute Remissionen nach früheren Schüben lassen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auch wieder eine weitgehende Besserung erwarten. Umgekehrt schließt natürlich die Konstatierung einer schon vor dem aktuellen Schube bestehenden weitgehenden Verblödung eine erhebliche Besserung aus; denn Besserungen gegenüber dem früheren Zustande finden wir nach einem akuten Auftritt nur äußerst selten, Verschlimmerungen der verschiedenen Grade ganz gewöhnlich.

Eigentlich chronische Zustände sind wenig besserungsfähig; nur wissen wir nicht immer, was chronisch ist. Es gibt Kranke, die viele Jahre lang gleichmäßig aufgeregt sind, aber immer noch mehr oder weniger den Eindruck von Akuten machen und denn auch überraschend besserungsfähig sind; nach 10 und 20 Jahren können in selteneren Fällen anscheinend ganz unsoziale Patienten wieder arbeitsfähig entlassen werden. Außerdem ist die Zunahme der Verblödung oft äußerlich als Besserung zu taxieren; die Kranken werden ihren Wahnideen und Stimmen gegenüber allmählich gleichgültiger und deshalb ruhiger, ja unter Umständen arbeitsfähiger. In vielen Fällen nehmen auch die Halluzinationen mit der Zeit bis zum Verschwinden ab.

Die Neigung zu Rezidiven ist kaum abzuschätzen. Je länger ein Intervall dauert, um so weniger ist ein neuer Schub zu fürchten. Nach zwei Dezennien Stillstand gibt es wohl noch ganz leise weiterschreitende Abnahme der Leistungsfähigkeit, aber nur noch selten neue Anfälle. Eine gewisse Gefahr bieten bei Frauen Klimakterium, Gravidität und Wochenbett.

K. Ursachen.

Eine große Bedeutung kommt jedenfalls der erblichen Belastung zu. Bei den direkten Vorfahren der Kranken sind Psychosen, speziell

Schizophrenie, ein Vielfaches häufiger als bei den Gesunden. Natürlich kommen auch Nervenkrankheiten in den Familien Schizophrener vor, schon weil viele Schizophrenien so genannt werden. Irgendwelche familiären Beziehungen zu einer gewissen, noch nicht näher zu charakterisierenden Klasse von Epilepsie scheinen vorhanden zu sein. Daneben gibt es Schizophrenien, wo eine hereditäre Anlage trotz genauer Kenntnis der Familie nicht zu finden ist.

Die persönliche Disposition drückt sich in wohl drei Viertel der Fälle von Jugend auf in einem zu Absonderung geneigten, autistischen Charakter, dann in anderen Sonderbarkeiten und Abweichungen vom normalen Denken aus. Wenige Prozent der ausgesprochenen Krankheiten selbst gehen ins kindliche Alter zurück. Die meisten werden von der Pubertät bis zum 25. Altersjahr manifest; vom 30. Jahre an sinkt die Morbidität rasch, um bei den Frauen zur Zeit des Klimakteriums zu einem kleinen zweiten Gipfel anzusteigen. Nur die chronisch paranoiden Formen brechen mit Vorliebe ziemlich spät, namentlich etwa im vierten Dezennium aus.

Von äußeren Umständen lösen zuweilen Gravidität und noch eher Wochenbett Anfälle der Schizophrenie aus, vielleicht auch, jedenfalls aber nicht häufig, akute Infektionen, dann irgendwelche psychischen Momente, namentlich verunglückte Liebe. Wir müssen aber annehmen, daß durch solche Bedingungen die Krankheit nicht erzeugt, sondern nur manifest gemacht werde. Onanie und Überanstrengungen werden beide ganz ohne stichhaltigen Grund als Ursache angeschuldigt.

L. Häufigkeit und Verbreitung.

Die Schizophrenie ist, abgesehen von den Oligophrenien und dem Alkoholismus, die häufigste Geisteskrankheit. In unsere Heilanstalt führt sie 23 Proz. der Männer und 39 Proz. der Frauen, wobei der Unterschied in der relativen Zahl fast nur von dem Plus der Paralytiker und Alkoholiker bei den Männern herrührt. Da die Schizophrenen zugleich die unheilbaren und langlebigen Kranken sind, können sie in einer Pflegeanstalt, die die Idioten nicht in großer Zahl aufnimmt, drei Viertel des Bestandes ausmachen.

Die Krankheit kommt bei allen Rassen und jeder Kultur vor. Es scheint aber, daß sie bei den Primitiven weniger häufig den Charakter der Katatonie annehme.

M. Anatomie und Pathologie.

Worauf der Krankheitsprozeß beruht, wissen wir noch nicht. Man findet in akuten Stadien verschiedene Arten von Ganglienzellveränderungen. In alten Fällen ist die Hirnmasse ein wenig reduziert; viele Ganglienzellen, namentlich in der zweiten und dritten Schicht sind auf verschiedene Weise verändert; manchmal sind die Fibrillen der Zellen und Achsenzylinder erkrankt. Regelmäßig ist die Glia mitbeteiligt: verschiedene Veränderungen ihrer Zellarten, Vermehrung der kleinen Zellen, Einlagerung von Pigment und anderen Abbaustoffen, Zunahme feiner Gliafasern und anderes mehr. Die Befunde sind noch nicht unter einen Hut zu bringen und weder in ihren Ursachen noch ihren Wirkungen zu deuten.

Man denkt natürlich zunächst an toxische Störungen, und hat von jeher an Einflüsse der Geschlechtsorgane und auch der Thyreoidea gedacht. In neuerer Zeit will man mit der ABDERHALDENschen Reaktion ziemlich regelmäßig die Zeichen des Abbaues dieser beiden Organe gefunden haben, natürlich neben Abbau anderer Organe, von denen selbstverständlich das Gehirn eines ist und noch etwa die Nebennieren besonders zu erwähnen wären. Die Idee ist noch lange nicht spruchreif.

Es ist unzweifelhaft, daß die auffallendsten Symptome der Schizophrenie sekundäre (S. 37) sind. Der Krankheitsprozeß als solcher bedingt einen großen Teil der Störungen nicht direkt. Der Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen wird katathym durch die Komplexe bedingt, und in den Assoziationsstörungen beweist die Möglichkeit von Schwankungen von Null bis zum Maximum innert weniger Augenblicke die Mitwirkung eines psychischen Faktors; die schizophrenen Assoziationen sind auch prinzipiell bis jetzt nicht zu unterscheiden von denen des Traumes und abgelenkter Aufmerksamkeit. Auch die Affektstörung hat ihre Analogien in der gesunden Psyche; unangenehme Affekte können „verdrängt", „eingeklemmt" werden und dann eventuell eine gewisse allgemeine Affektsteifigkeit oder scheinbare Gleichgültigkeit bewirken; und im Traum beachten wir die verschiedenen Formen ausgeprägter quantitativer und qualitativer Parathymien aufs schönste.

N. Behandlung.

Die meisten Schizophrenen sind gar nicht oder doch außerhalb der Anstalten zu behandeln. In Anstalten gehören sie nur auf spezielle Indikationen hin, die allerdings häufig eintreten, z. B. in akuten Anfällen, wegen störenden Benehmens, Gewalttätigkeit, Selbstmordgefahr, und dann namentlich zur vorübergehenden Erziehung. So bald als möglich sind sie wieder zu entlassen, da man sie später viel weniger leicht hinausbringt; denn nicht nur die Patienten, sondern vielleicht noch mehr die Verwandten gewöhnen sich zu rasch an die Sequestration. Der Verlust des affektiven Rapportes macht sich eben auch in dieser Hinsicht geltend. Zu warnen ist vor allen teuren Kuren, die doch nichts nützen. Überhaupt soll man nicht die ökonomischen und moralischen Interessen der gesunden Familienglieder einer aussichtslosen Therapie opfern. Dagegen ist das souveräne Mittel, das in der Mehrzahl der Fälle noch recht viel, manchmal alles Wünschbare leistet, die Erziehung zur Arbeit unter möglichst normalen Verhältnissen. Bei schwerer Kranken darf man auch vor Anordnung nicht lohnender Arbeit nicht zurückschrecken (Holzsägen, Wollezupfen, Schachtelnmachen, Abschreiben, irgendwelche Aushilfsarbeiten). Daß man psychische Hindernisse der Besserung, Reizung durch ungeduldige Behandlung, Wecken der Eifersucht durch Aufenthalt bei einem glücklich verheirateten Familienglied u. dgl. vermeiden soll, ist selbstverständlich.

Im einzelnen ist noch etwa folgendes zu beachten: Für arbeitsfähige junge Schizophrene wähle man einfache Berufe, die ins Leben und zum praktischen Handeln und nicht in die Theorie und den Autismus führen. Schizophrene Schrullen für irgend ein Fach oder eine Tätigkeit verwechsle man nicht mit spezifischer Begabung. Manchmal kann eine ruhige Diskussion der so häufigen Onaniekämpfe zur Beruhigung und wahrscheinlich auch in der Zukunft zur Vermeidung von schweren pathogenen Komplexen beitragen.

Wenn man die empfindlichen Stellen der Kranken erforscht hat, kann nicht nur der Arzt eher beruhigend wirken, sondern auch die Umgebung manche aufregende Einflüsse (Gespräche über die Heirat der

Schwester, Besuch eines bestimmten Mannes, den die Patientin liebte usw.) vermeiden.

Nach Ausbruch der Krankheit ist die Umgebung zu orientieren, daß sie die Wahnideen und Sinnestäuschungen, soweit sie nicht zu unangenehmen Handlungen führen, ruhig und ohne Diskussion als krankhafte Erscheinungen hinnimmt. Ein Teil der körperlichen Beschwerden des Patienten sind rein psychogener Natur und suggestiv zu behandeln, ein anderer, wie manches Kopfweh, Schlaflosigkeit, gehäufte Pollutionen, hängen wohl direkter mit dem Krankheitsprozeß zusammen und können medikamentös behandelt werden, wenn man nur den Patienten nicht an Drogen gewöhnt. Über Zustände allgemeiner nervöser Erregbarkeit (nicht eigentlicher Aufregungen) hilft oft Brom hinweg. Wenn ein Schub der Krankheit abgelaufen ist, und der Patient trotzdem von Wahnvorstellungen oder triebhaften Handlungen oder von der Furcht vor dem Leben und der Arbeit nicht loskommt, so hat oft eine Ortsveränderung gute Wirkung, nur nicht an einen Kurort, wo man ans Faulenzen gewöhnt wird. Auch leichter Kranke soll man nicht ganz sich selbst überlassen. Sie müssen jemanden haben, der sich in taktvoller Weise, ohne sie zu reizen, mit ihnen beschäftigt, sie unauffällig überwacht, ihnen Halt gibt, sie so gut als nötig und möglich weiter erzieht. Bei schwerer Kranken kann man oft die Neigung zur Automatisierung benutzen und die Patienten wenigstens äußerlich, wenn nicht bei einer nützlichen Arbeit, so doch bei einem geordneten Leben behalten. Bei zunehmender Verblödung muß man immer einfachere Arten von Arbeit finden.

Es kann Fälle geben, wo man Abort einleiten und unter Umständen sogar die Sterilisation anschließen wird. Doch müssen dazu sehr bestimmte Indikationen vorhanden sein, wie sichtbare Verschlimmerung durch Schwangerschaften, unbezähmbare sexuelle Neigungen usw.

X. Die Epilepsie.

Bei einer Anzahl von Krankheiten, die mit psychischen Symptomen verlaufen, ist der epileptiforme Anfall die auffallendste Erscheinung; wir nennen sie die Epilepsien. Unter ihnen nimmt eine ziemlich gut charakterisierte Gruppe etwa drei Viertel der Fälle ein; die andern sind ungenügend bekannt und eigentlich erst durch eine Untersuchung von ALZHEIMER[1]) deutlicher abgesondert worden. Die Hauptgruppe, die uns hier allein beschäftigen soll, nennt man die genuine Epilepsie, ein Name, der eigentlich die andern Formen auch umfassen und sie alle zusammen von der „symptomatischen Epilepsie", den epileptiformen Anfällen bei andern Krankheiten unterscheiden sollte. Solche Anfälle können nämlich bei allen Hirnkrankheiten vorkommen (z. B. Tumoren, Sklerosen, Paralyse, arteriosklerotischem Irresein, Presbyophrenie, Schizophrenie), ebenso bei Vergiftungen, z. B. durch Alkohol, Blei, Ergotin und bei Eklampsie und Urämie. Die genuine Epilepsie ist nun nicht bloß durch die sich chronisch wiederholenden epileptiformen Anfälle charakterisiert; sie entwickelt auch eine ganze Anzahl psychischer, ihr eigentümlicher Symptome. Ferner gibt es bei ihr häufig „abortive" oder

[1]) Die Gruppierung der Epilepsie. Bericht der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 26./28. April 1907. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 64, S. 418

sonst anders geartete Anfälle, die mit ebenso großer Deutlichkeit auf die Krankheit schließen lassen, wie die als epileptiform bezeichneten. Diese letzteren, die als „typisch“ geltenden Anfälle, können ganz zurücktreten oder überhaupt fehlen, ohne daß deswegen die Diagnose unmöglich würde. Fast alle Fälle genuiner Epilepsie haben ferner einen gemeinsamen anatomischen Befund. Dennoch ist die Abgrenzung gegenüber anderen Epilepsieformen noch nicht scharf, und es ist gut möglich, daß auch die so umgrenzte Gruppe bei genauerem Zusehen noch in Unterabteilungen zerfallen wird.

Das Typische an den als epileptiform bezeichneten Anfällen ist das plötzliche, oft geradezu „blitzartige“ Einsetzen eines Krampfes der gesamten Muskulatur, der erst tonischen, dann clonischen Charakter hat, nicht mehr als wenige Minuten dauert[1]) und mit einer schweren Bewußtseinsstörung verbunden ist, die als vollständige Bewußtlosigkeit imponiert.

Dem Anfall gehen oft Vorboten voraus, die ein paar Stunden, seltener Tage dauern; am häufigsten sind es „Verstimmungen“, aber auch beliebige Mißempfindungen; seltener Halluzinationen und Dämmerzustände. Meist werden diese Vorboten durch den Anfall mit einem Schlage beseitigt.

Der eigentliche Anfall wird durch eine Aura eingeleitet. Diese besteht am häufigsten in irgendwelchen Parästhesien, einem Schmerz, einem Gefühl von Kälte oder Angeblasenwerden (daher der Name), das übrigens nicht so häufig ist, „ein Rädchen schnurrt im Magen“; dann in eigentlichen Halluzinationen, namentlich des Gesichtes, auffallend häufig auch des Geschmackes. Die Visionen haben oft die Neigung, auf den Patienten zuzukommen und immer größer zu werden; im Moment, da sie seine Brust berühren, schwindet das Bewußtsein. Bei der seltenen „Reflexepilepsie“, deren Anfälle durch Reiz einer Narbe oder sonst einer krankhaften Stelle ausgelöst werden, kann die Aura als Sensation in dem betreffenden Körperteil beginnen. In einzelnen Fällen werden komplizierte Szenen halluziniert. Die psychische Aura kann auch in plötzlichen Verstimmungen oder subjektiv fühlbaren Denkstörungen bestehen. Daneben gibt es auch eine motorische Aura, bestehend in allerlei klonischen und tonischen, meist umschriebenen Krämpfen, blitzartigen Zuckungen oder komplizierten automatischen Bewegungen, wie namentlich zielloses Laufen (Aura cursoria); selten kommt es zu komplizierteren Handlungen, wie sich-ausziehen u. dgl.

Da die Exspiratoren und die Schließer der Glottis stärker sind als ihre Antagonisten, wird bei Eintritt des allgemeinen Krampfes meist die Luft durch die geschlossene Stimmritze herausgepreßt, wodurch ein charakteristischer Schrei entsteht (viel seltener ist ein entsetzliches Angstgeschrei, der psychischen resp. kursativen Aura angehörend). Mit dem Schrei stürzt der Patient meist hin wie ein Stück Holz, ohne Rücksicht auf Gefahr. Dem Tonus soll in manchen Fällen eine Relaxation der Muskulatur vorausgehen. Eine ganz unbewegliche Steifigkeit tritt wohl nie ein; eine stärker kontrahierte Muskelgruppe überwindet ihre Anta-

---

[1]) Die Angehörigen sprechen oft von Anfällen mit längerer Dauer. Das kommt zunächst davon her, daß die schreckliche Szene den Eindruck einer längeren Dauer erweckt. Dann spielen Verquickungen der beiden Phasen mit dem stuporösen Nachstadium oder Verwechslungen mit dem Status epilepticus mit.

gonisten und bringt so eine langsame Bewegung hervor; oft überwiegt namentlich zuerst die eine Seite, dann die andere. Im Tonus tritt natürlich Livor ein, in schweren Anfällen bis zu einem erschreckenden Schwarzblau; nach etwa einer halben Minute sieht man Stöße in einzelnen Muskeln, die sich rasch ausbreiten und in wilde energische Bewegungen aller Körperteile übergehen. Nach einiger Zeit bemerkt man gewöhnlich durch das Bewegungschaos eine gewisse zweckvolle Koordination durchschimmern, namentlich im Sinne der Abwehr. Jedenfalls werden die Bewegungen schwächer, bis gänzliche Ruhe eintritt; meist folgen noch einige an Stärke abnehmende Stöße. Die Koordination und in gewissem Grade auch die Kraft der Bewegung kehrt meist nur allmählich, im Verlaufe von Minuten oder auch nach viel längerer Zeit, zurück. Das Bewußtsein erscheint nur ganz ausnahmsweise plötzlich oder schon mit Aufhören des motorischen Anfalles; meist sammeln sich die Gedanken allmählich und unter mehrfachen Schwankungen des Klarheitsgrades; die erst gefälschte Orientierung wird zuerst in einzelnen Dingen, nachher bei einem Anrufen, dann auch sonst klar. Der Kranke erwacht nicht wie aus einem Nichts, sondern wie aus einem Traumzustande. Manchmal bleiben umschriebene Parästhesien, seltener Paresen, einige Zeit bestehen.

In stärkeren Anfällen wird der Speichel durch die Bewegungen der Zunge und auch durch die nach dem Tonus eintretende starke Mundatmung zu Schaum geschlagen, der häufig blutig gefärbt ist, weil die Zunge zwischen die Zähne kommt. Wenn man die Pupillen während des Anfalles untersuchen kann, findet man ganz im Anfang gewöhnlich Miosis, dann aber ausgesprochene Mydriasis und Starrheit, welche nach dem Anfall verschieden rasch der normalen Reaktion Platz macht. Während des Anfalles und meist noch zu Anfang des Stadiums, da Bewegungen und Mimik einen Traumzustand verraten, reagieren die Kranken auf äußere Reize nicht, auch die Reflexe sind längere Zeit erloschen; oft besteht Babinski noch stundenlang. Wenn die postepileptische Unklarheit des Bewußtseins statt weniger Augenblicke oder weniger Minuten Stunden und Tage dauert, oder wenn darin auffallende Handlungen begangen werden, so betrachtet man sie als selbständigen postepileptischen Dämmerzustand. Nach der Bewußtseinstrübung, aber auch oft unmittelbar nach dem Anfall tritt meistens ein Stupor oder geradezu ein Koma ein, manchmal auch Flexibilitas cerea. Nach dem Erwachen ist volles Wohlbefinden höchst selten; meist fühlt sich der Patient einerseits nervös angegriffen, andererseits aber „zerschlagen", auch wenn er sich nicht eigentlich verletzt hat; der Puls bleibt oft stundenlang fladderig.

Beim nämlichen Patienten gleichen sich oft die verschiedenen Anfälle wie zwei Photographien. Die Kranken fallen mit der nämlichen Körperstelle hin, die Aura ist in der Regel gleichförmig; im postepileptischen Dämmerzustand werden genau die nämlichen Sinnestäuschungen wahrgenommen, die nämlichen Handlungen in gleicher Reihenfolge ausgeführt.

Die Anfälle können in verschiedenster Weise abortiv werden, namentlich mit der Verblödung wird in der Regel alles weniger kräftig. Ferner können Tonus oder Clonus bis zur bloßen Andeutung zurücktreten; die Bewegungen können von Anfang an den Charakter einer

wenn auch ungeordneten Handlung haben. Auch bloße Ohnmachten können abortive epileptische Fälle sein. Schwindet das Bewußtsein nur für wenige Sekunden, ohne daß man hinfällt (meist mit Erblassen, seltener mit Erröten, oft verbunden mit einem stieren Blick, manchmal auch mit einigen Lippen- oder Zungenbewegungen), so spricht man von Absenzen oder petit mal (im Gegensatz zum grand mal, dem ausgesprochenen Anfall). Manchmal äußert sich die Krankheit in rasch vorübergehenden Schwindelanfällen. Außer diesen häufigsten „Anfällen“ gibt es noch viele andere kleine Symptome von gleicher Bedeutung, die man aber nicht alle aufzählen kann. Allen diesen kleinen Anfällen fehlt fast nie die ohne Vorläufer plötzlich einsetzende Bewußtseinsstörung, teils in Form (scheinbarer?) Aufhebung des Bewußtseins, teils in Form von dämmerigem Denken, oder Sich-Aufdrängen eines bestimmten Gedankens u. dgl. Ein Patient steht beim Essen plötzlich auf und onaniert; ein anderer pißt in den Billettschalter.

Die typischen Anfälle folgen sich unter Umständen so rasch aufeinander, daß die Kranken sich in der Zwischenzeit nicht erholen: Status epilepticus. In schwereren solchen Anfällen steigt dann die Temperatur bis auf ungewohnte Höhe (43 Grad), und die Kranken sterben im Koma oder an einer Aspirationspneumonie.

Die psychischen Störungen. Die Epileptiker sind in der Regel Psychopathen, schon bevor die Krankheit ihnen den eigenartigen Stempel aufgedrückt hat. Ein großer Teil derselben, namentlich von den früh erkrankenden Formen, sind direkt Hirnkranke und Imbezille. Es sind aber mit der Epilepsie auch spezifische psychische Eigentümlichkeiten verbunden, die in der Regel mit der Dauer der Krankheit zunehmen. Man spricht je nach dem Grade von epileptischem Charakter, epileptischer psychopathischer Konstitution[1]) und in schweren Fällen von epileptischer Verblödung.

Die hervorstechendste Anomalie betrifft dabei die Affektivität, die krankhaft stark reagiert und zugleich die Eigentümlichkeit hat, daß ein bestehender Affekt lange dauert und durch neue Eindrücke schwer abzulenken ist; es ist nicht bloß die Reizbarkeit, die sich auf diese Weise bemerkbar macht, sondern auch alle andern Affekte, wie Zuneigung, Freude, verlaufen ganz gleich. Die Kranken sind in der Regel in sehr ausgesprochener Stimmung (über anfallsweise Verstimmung s. später), und das Unwichtige wird leicht ebenso stark gefühlsbetont wie das Wichtige. Es ist nicht richtig, daß manche Gefühle, wie z. B. die moralischen, atrophieren. Dagegen findet sich oft eine ganz unverhältnismäßig starke Affektbetonung von Begriffen, die die „Gerechtigkeit“ betreffen. Dem eigenen Ich wird ein erhöhtes Interesse entgegengebracht. Doch hat die egozentrische Denkrichtung neben der affektiven auch eine assoziative Wurzel.

Alle psychischen Funktionen, und damit am auffallendsten der Gedankengang, sind stark verlangsamt, schwerflüssig, und wenn man den Ablauf der Sprache als Maßstab nehmen kann, geschehen sie gerne häsitierend, ruckweise. Die inhaltlichen Eigentümlichkeiten des Ge-

[1]) Manche bloße Psychopathen haben den nämlichen Affekthabitus wie ausgesprochene Epileptiker; man spricht auch da von „epileptischem Charakter“, besonders, wenn die Patienten aus Familien mit deutlich epileptischen Gliedern stammen.

dankenganges zeigen sich am deutlichsten in den experimentellen Assoziationen: Langsamkeit, Ideenarmut, Neigung zu Wiederholungen in Form und Inhalt, zu Definitionen, Schwierigkeit mit einem einzigen Worte zu reagieren, Häufigkeit egozentrischer Beziehungen, Gefühlsbetonung der gebotenen Vorstellungen und Wahl gefühlsbezeichnender Reaktionsworte und dabei besondere Vorliebe für affektive Wertung (gut, schön, schlecht, abscheulich), Schwierigkeit, den Ausdruck zu finden, mit Neigung zu ungeschickt gebildeten Ausdrücken eigener Erfindung.

Beispiele s. S. 58.

Nicht nur die Redeweise, auch das epileptische Denken hat etwas Unklares, Unbestimmtes; die Grenzen der Begriffe und Ideen verschwimmen; Allgemeinbegriffe ersetzen die speziellen. Zwei verschiedene Verhaftungen können nicht auseinander gehalten werden. Die bestimmte Tugend der Sparsamkeit wird mit der Phrase „wo man so recht tut", bezeichnet. Ein Eichhorn „ist jetzt ein Hase oder eine Katze oder ein Fuchs". Sogar in der Mathematik ist 16+16 „so ungefähr 32 bis 34".

Im Reden und Schreiben haben wir die nämlichen Eigentümlichkeiten: Die Rede kommt nicht vom Fleck, nicht nur ihrer Langsamkeit, sondern namentlich der Umständlichkeit wegen, die alle Kleinigkeiten ausmalen muß; Wiederholungen und vielfaches Ausdrücken des nämlichen Gedankens in verschiedener Form. Dabei ist die Redeweise schwülstig und unbeholfen und immer unscharf. Inhaltlich klebt der Kranke am Einfachen und Gegenwärtigen. Die Ideen beschränken sich auf das, was den Patienten direkt nahe berührt: seine Persönlichkeit mit der Krankheit, dann seine Familienglieder („Familiensimpelei", „Familienlobrednerei"), seine Kleider („Kleiderjammer") und eine Anzahl Kleinkram, den die Patienten, wenn man sie gewähren läßt, gerne mit sich herumtragen, meist sorgfältig eingepackt in viele Papiere oder Lappen, jedes wieder mit einer Schnur besonders versorgt, Photographien, Briefe, ein wertloser Schmuckgegenstand u. ä. Die Kranken sind affektiv und damit auch assoziativ in hohem Grade egozentrisch. Ihr Minderwertigkeitsbewußtsein, ihr Bedürfnis, sich anzulehnen und das Heil ihrer Persönlichkeit in den Vordergrund zu stellen, unbestimmte Begriffe zugleich mit pathetischen schon geprägten Redensarten und mit intensiven Gefühlen zu begleiten, lassen sie in frommer Umgebung leicht eine schwülstige Religiosität annehmen und ihr ganzes Weh und Wohl in entsprechende Formeln kleiden („Gott-Nomenklatur"). Das gelingt auch den wenig Intelligenten um so leichter, als ihre Begriffe und Ideen unscharf werden, so daß sie sich mit allgemeinen Phrasen begnügen, an die sie einen mehr affektiven als intellektuellen Inhalt knüpfen. Die Egozentrizität äußert sich u. a. auch darin, daß sie nicht fähig sind, die Interessen anderer abzuschätzen; was ihnen selbst Freude und Ärger macht, halten sie für andere in gleicher Weise wichtig und gefühlsbetont. Ganz charakteristisch ist es, wie sie häufig den Arzt mit wichtiger Miene auf die Seite nehmen, um ihm geheimnisvoll eine Banalität oder etwas, das man überhaupt schon lange weiß, mitzuteilen.

Die Perseveration und Schwierigkeit der Ablenkung auf ein anderes Thema wird durch folgendes Gespräch charakterisiert:

„Wie heißen Sie?" „Martha Glockner." „Wie alt sind Sie?" „Martha Glockner." „Wo sind wir hier?" „Martha Glockner." — „Wie alt sind Sie?" „22 Jahr." „Wo sind

wir hier?" „22 Jahr." „Was ist Ihr Beruf?" „22 Jahr." — „Wer bin ich?" „Der Vetter Georg." — „Wer ist der andere Herr?" „Der Vetter Georg."[1])

Die Umständlichkeit und Neigung zu Tautologie ist in dem folgenden Briefe (dessen Dialektausdrücke und Orthographie weitgehend korrigiert wurden) ausgedrückt:

„Ihr lieben Herr Direktor ich lasse Euch von Herzen grüßen und wünschte Euch von Herzem eine gute Gesundheit und Gottes Segen und habe Respekt von Euch und ich danke Euch von Herzen und ich wünschte das alles dem Herrn Direktor und Herrn Pfarrer und ich wünschte das alles Euern Verwandten auch das alles und ich bitte Euch von Herzem, daß Ihr den Brief nach Rüti schicket, den ich die letzte Woche gegeben habe und die Eltern in Rüti lasse ich lasste ich auch von Herzen grüßen und habe auch Respekt von ihnen und dankte ihnen auch von Herzem und wünschte ihnen auch von Herzem eine gute Gesundheit und Gottes Segem umd dem krankem und Gesundeme auch und ich habe das größte Heimweh nach seiner Andacht und Predigt und Bibelstunden und es waren alle Gebetbücher in mir inen . . . . ."

Für die klebrige Gefühlsduselei bringt ULRICH[2]) ein kurzes Beispiel:

„„Ich bin die liebe Jumpfer Fräulein X. X. von X., Kirchgemeinde X., Kanton X., Schweiz". Sie wünschte, daß die Ärzte ihr täglich erklärten, sie sei die liebste und beste Jungfrau X. X.; sie drückte den Leuten möglichst lange und intensiv die Hand, sowohl die linke als auch die rechte. Sie wünschte einem stets einen lieben, guten Sonntag, einen lieben, guten, jeweiligen Wochentag, auch eine schöne, gute Schlafnacht; wenn man die Wünsche erwiderte, so antwortete sie befriedigt: „so isch recht"."

So ist das Verhalten der Epileptiker zwar äußerlich ein geordnetes; es bekommt aber für die Umgebung leicht etwas Mühsames, sowohl durch ihre Umständlichkeit wie durch ihre Klebrigkeit und ihr Hangen an Kleinigkeiten. Man gewinnt indes sehr leicht einen guten und nicht unangenehmen Rapport mit ihnen; wo man mit dem Durchschnitt der Epileptiker nicht auskommt, besteht ein Fehler in der Behandlung. Sie sind klebrig in Liebesbezeugungen wie nachhaltig im Affekt der Beleidigung; die dargereichte Hand lassen sie lange nicht los; übersieht man einmal, sie zu grüßen, so kann das die Stimmung auf Tage verdüstern. So lange sie irgendwie können, beschäftigen sie sich, wenn auch nicht allzuviel dabei herauskommt; auf den Abteilungen werden blödere manchmal geradezu lästig durch ihre zutäppische Hilfsbereitschaft. Groß ist ihre Unbeständigkeit, wenn sie sich selbst überlassen sind. Weil sie alles zu wichtig nehmen, und namentlich der Verstimmungen wegen, können sie nirgends auf die Dauer bleiben; viele geraten auf die Landstraße.

Die Aufmerksamkeit der Epileptiker hat, ihrer Affektivität entsprechend, eine verminderte Vigilität (Ablenkbarkeit), aber eine gute Tenazität; dabei ist sie zu verschiedenen Zeiten sehr ungleich.

Das Gedächtnis wird nach und nach schlecht, aber nicht in einer erkennbar systematischen Weise; Frisches und Altes wird gleicherweise vergessen. Außerdem wird es unscharf; die Erlebnisse werden in andere Verknüpfungen gebracht; es kommt häufig zu eigentlichen Gedächtnisillusionen (die Amnesien gehören den paroxysmellen Zuständen an).

Die Orientierung ist außer in den Zuständen höchster Verblödung, die nur wenige erreichen, gut (von den Dämmerzuständen ist hier nicht die Rede).

Die Wahrnehmungen sind leicht unscharf; die Kranken brauchen ähnlich wie die Organischen mehr Zeit als Normale und täuschen sich leicht. Auch kommen ihnen Nachwirkungen früherer Einflüsse in die Quere (Perseveration). Sie verkennen z. B. ein Bild im Sinn eines

---

[1]) WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie. Thieme, Leipzig, 1900, S. 510.

[2]) 29. Bericht der schweiz. Anstalt für Epileptische, Zürich, über 1914, S. 42.

früheren Gesichtseindruckes. Die Unschärfe der Wahrnehmung ist aber nicht eine Folge ungenügender peripherer sinnlicher Funktion; wenigstens vermögen die Kranken bei ihrer Kleinigkeitskrämerei, z. B. die Unterschiede zweier ähnlicher Linien geradezu besser aufzufassen als Gesunde. Komplizierteren Verhältnissen, raschen Wendungen der Ideen kann der Patient oft nicht folgen. Manchmal ist ein großer Unterschied zwischen der Auffassung einzelner Wörter und eines ganzen Satzes.

Die Sprache der Epileptiker ist oft so charakteristisch, daß man aus ihr die Diagnose machen kann: langsam, häsitierend, wobei oft Silben mehrfach wiederholt werden und die Kranken nicht weiter kommen[1]). Durch die Langsamkeit und dadurch, daß die einzelnen Vokale oft eine Hebung und Senkung aufweisen, und daß (im Deutschen) die Nebensilben ähnliches Gewicht wie die Hauptsilben bekommen, erhält die Sprache etwas Singendes. Dabei sind die Modulationen des Tones schwerfällig und selten, wenig fein nüanciert, so daß die Sprache zugleich etwas eintönig erscheint. Der Grad dieser Sprachstörung kann beim nämlichen Kranken stark wechseln; besonders in der Nähe eines Anfalles oder in einem Dämmerzustand pflegt sie hervorzutreten.

Chronisches Halluzinieren kommt bei Epileptikern fast nie vor. Dagegen bilden sich unter dem Affekteinfluß sehr häufig Wahnideen, namentlich des Ungerechtbehandeltwerdens, die aber in der Regel spätestens bei der nächsten gegenteiligen Verstimmung vergessen oder gar korrigiert werden. Auch in Dämmerzuständen entstandene Wahnideen können bisweilen lange nicht mehr korrigiert werden. Besteht einmal ein solcher residuärer Wahn länger, so sieht das Bild aus wie eine Kombination von Epilepsie mit Paranoia.

Neben Symptomen dauernder epileptischer Entartung finden wir regelmäßig auch auf psychischem Gebiet vorübergehende Erscheinungen, die, wenigstens zum Teil, sicher dem Anfall äquivalent sind. Während derselben sind meist die Dauersymptome besonders ausgesprochen.

Zunächst die Dämmerzustände, die am häufigsten postepileptisch, aber auch präepileptisch und statt des Anfalles („Äquivalente") vorkommen können. Sie beginnen meist rasch, oft ganz plötzlich und verschwinden wieder innerhalb Minuten oder Stunden, nachdem sie stunden- oder tagelang gedauert haben. Selten sind wochen- oder gar monatelange epileptische Delirien. Die häufigste Form ist die halluzinatorische. Die Kranken halluzinieren und illusionieren vornehmlich mit dem Gesicht, aber auch mit den anderen Sinnen, eine andere Umgebung oder doch andere Einwirkung von außen und reagieren darauf. Unter den Halluzinationen kommen auffallend oft rote (zum Teil als Feuer oder Blut) vor. Der Inhalt hat im übrigen große Ähnlichkeit mit unseren Träumen. Ein Teil der Delirien ist affektiv gleichgültig. Sehr häufig sind solche mit ängstlichem oder zornigem Affekt, die gern zu brutalen Gewalttaten gegen sich und andere führen; sexuelle Erregungen liegen Lustmorden oder der häufigen Exhibition zugrunde. Neben ängstlichen Hölle- und Teufelvisionen kommen etwa Ekstasen mit vollkommener Entrücktheit und beseligend erotisch-religiösen Halluzinationen aller Sinne vor. Ausgesprochene Dämmerzustände lassen sich sehr wenig

[1]) Ohne Krampferscheinungen der Sprechmuskulatur, zum Unterschied von Stottern.

beeinflussen; man kann sich aber unter Umständen mit den Kranken in Beziehung setzen; doch bekommt man wenige und wenig sinngemäße Antworten. Das Denken ist meist schwer gestört; ganz einfache Antworten sind leichter zu erhalten als kompliziertere; der Patient kann unter Umständen rechnen sieben plus achtzehn, aber nicht mehr sieben mal achtzehn, da er 56 und 70 nicht addieren kann. Die Assoziationen gehen wie im Traum auf Nebenbahnen. Auch Klangassoziationen kommen bei manchen Patienten vor, nicht aber eigentliche Ideenflucht.

In leichteren Anfällen treten die Halluzinationen zurück und das unklare Denken kommt in den Vordergrund. Bloße Angstanfälle haben oft die nämliche Bedeutung.

Äußerlich ganz anders präsentieren sich die besonnenen Dämmerzustände, in denen die Kranken dem Beobachter klar erscheinen, in Wirklichkeit aber assoziativ sehr eingeengt sind und irgendeine traumhafte Handlung durchführen (vgl. S. 83). Doch möchte ich die meisten dieser Zustände mit HEILBRONNER den hysterischen zurechnen, auch wenn sie, wie nicht so selten, bei Epileptikern vorkommen.

Bei wenig getrübtem Bewußtsein können auch Pseudohalluzinationen (namentlich des Gesichtes) anfallsweise auftreten; z. B. Gestalten, die mit langen Armen nach dem Patienten greifen, ein Tier, der Teufel oder bei angenehmer Stimmung Engel, schöne Weiber.

Ein Dämmerzustand kann auch die Form eines Stupors verschiedenen Grades annehmen, oder es können kontinuierliche identifizierende Erinnerungstäuschungen das Bild beherrschen.

Ferner kann Nachtwandeln ein epileptisches Symptom sein.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Verstimmungen, die wohl ei keinem Epileptiker fehlen (aber auch bei anderen Psychopathen und ei Dementia praecox vorkommen): euphorische von besonderem Wohlgefühl, sehr oft mit der Idee, nun definitiv von der Epilepsie geheilt zu ein, aber ohne Ideenflucht (meist als Vorläufer von Anfällen), depresive mit oder ohne Angst, die einer melancholischen Verstimmung ganz hnlich sehen, relativ selten mit Selbstmordtrieb, aber recht oft mit Betonung der Unheilbarkeit, und dann die bekanntesten, die gereizten, n denen die Kranken einesteils durch alles, was geschieht, gereizt werden, ndersteils sich recht anspruchsvoll und lümmelhaft benehmen, so daß Konflikte unvermeidlich sind. Die Verstimmungen können plötzlich eintreten und plötzlich (namentlich durch einen Anfall, dessen Vorboten sie ann waren) abgeschlossen werden oder auch sich einschleichen, Stunden is mehrere Tage und, selten, noch länger dauern.

Häufig sind auch bloße Parästhesien, namentlich Kopfweh, chmerzen da und dort, und beliebige nervöse Erscheinungen, die deutch den Charakter des Paroxysmellen haben, ferner Magenverstimmungen, ie plötzlich eintreten und verschwinden, Wollustanfälle mit oder ohne iebartiges Onanieren oder Attentate auf andere, dann Zuckungen und ndere Krampferscheinungen. Man rechnet auch die unregelmäßigen töße eines stärkeren Tremors hierher, die man bei graphischer Reistrierung von Epileptikern sehr häufig findet.

Alle diese Folgen können auch in beliebiger Weise gemischt vorommen; ferner wiederholen sie sich oft wie die Anfälle in ähnlicher oder radezu gleicher Form.

Auch auf körperlichem Gebiet finden wir Anomalien, die der

Epilepsie angehören. Zunächst zeigen eine Menge von angeborenen Mißbildungen die „Degeneration" oder die Hirnkrankheit an.

Im Blut findet man zytologische und namentlich chemische Eigentümlichkeiten, die aber beim nämlichen Patienten und noch mehr von Fall zu Fall stark schwanken, so daß noch kein klares Bild zu gewinnen ist. Der ganze Stoffwechsel und damit die Harnchemie ist abnorm, aber noch nicht einheitlich zu beschreiben. Ziemlich sicher scheint, daß nach dem Anfall giftige Substanzen ausgeschieden werden. Worauf die Empfindlichkeit gegen Alkohol in den verschiedensten Richtungen beruht, weiß man nicht; sie läßt sich aber in Verbindung bringen mit der Alkoholintoleranz nach Hirnverletzungen.

Die Bewegungen werden wie die andern nervösen Vorgänge oft langsam, unbeholfen, vielleicht auch unsicher ausgeführt. Die Körperkraft bleibt aber auffallend lange eine gute oder eine sehr gute.

Der Verlauf der Krankheit ist im ganzen ein progressiver, wenigstens in bezug auf die intervalläre Degeneration. Die Anfälle brauchen nicht zuzunehmen, werden sogar häufig mit der Zeit milder oder rudimentär. Ein direkter Zusammenhang zwischen Zahl und Stärke der Anfälle und Verblödung besteht nicht. Starke Verblödungen können auch bei bloßem petit mal eintreten. Einzelne Fälle bleiben stationär, andere heilen, namentlich bei geeigneter Behandlung. Nicht so selten sind Pausen von Jahren oder gar Jahrzehnten; namentlich bekannt sind die Kranken, die in der ersten Kindheit Anfälle haben, dann geheilt erscheinen, um während der Pubertät wieder zu erkranken. Von den leichteren Fällen heilen manche definitiv, andere nur von den Anfällen, indem der epileptische Charakter verbleibt, ja mitsamt der intellektuellen Verblödung unter Umständen sich noch stärker ausprägt. Es gibt auch Epileptiker, die jedes Jahr eine ziemliche Anzahl von Anfällen haben und dennoch — mit oder ohne Therapie — nicht verblöden, und deren Charakter relativ gut bleibt.

Die Zahl der Anfälle ist ganz verschieden. In leichteren Fällen können während des ganzen Lebens nur einzelne vorkommen (Krampfanfälle und Dämmerzustände); andere produzieren während eines Tages mehrere, ja während besonders schlimmer Zeiten viele, selten hundert und noch mehr. Manche Kranke werden besonders im Beginne des Leidens nur oder hauptsächlich in der Nacht befallen und wissen gar nicht, daß sie epileptisch sind. Bei den einen sind die Anfälle zerstreut, bei anderen treten sie mehr in Serien auf.

Die Prognose der ausgesprochenen interparoxystischen Verblödung ist natürlich schlecht, wenn auch hier etwa eine geregelte Therapie insofern eine Besserung hervorbringt, als die Nebenerscheinungen zurücktreten. Ein gewisser Prozentsatz namentlich der nach der Pubertät Erkrankten verliert die Anfälle spontan und verblödet wenig oder gar nicht[1]). Unzweifelhaft kann auch rechtzeitiges Eingreifen manchen Fall weitgehend bessern oder sogar heilen und dem weiteren Verfall vorbeugen. Dabei sind die Aussichten namentlich von dem psychischen Zustande abhängig. Weitgehende Besserung oder Heilung kann man nur bei wenig affizierter Psyche erwarten.

---

[1]) Gegen die Diagnose der Epilepsie bei Mohamed, Sokrates oder gar Napoleon [illegible] ich sehr mißtrauisch.

Durch die Krankheit wird die Lebensdauer beträchtlich verkürzt. Viele verunglücken im Anfall, andere sterben in einem frühen Marasmus, der regelmäßig mit stärkerer Verblödung und Hirnatrophie verbunden ist. Epileptiker, die von Geburt an hirnkrank waren, haben natürlich eine geringe Lebenskraft.

Anatomischer Befund. In den verblödeten Fällen unserer Epilepsiegruppe findet man eine deutliche, wenn auch nicht hochgradige Atrophie des Gehirns mit verschiedenen Formen von Neuronuntergang und als Charakteristikum eine Vermehrung der Gliafasern, die zum Unterschied von der Paralyse im ganzen fein bleiben, sich im Innern des Gehirns gern büschelförmig ordnen und namentlich die Oberfläche in einen dichten Filz aus hauptsächlich horizontalen Fasern mit relativ wenig Austausch mit den tieferen Schichten überziehen. Die Gliazellen sind in verschiedener Weise verändert, leicht vermehrt und tragen viele Abbauprodukte. Was für Beziehungen dieser Befund zur Krankheit hat, ist noch vollständig unbekannt, ebenso die Bedeutung der oft gefundenen Sklerose eines oder beider Ammonshörner mit Degeneration der Nervenzellen und Hypertrophie der Glia. — Merkwürdig ist auch der häufige Befund von Cajalschen (Fötal-)Zellen in der oberen Rindenschicht.

Bei Status epilepticus findet man in der Regel einen höheren Druck in der Schädelhöhle, teils durch Ödem des Gehirns und namentlich der Meningen, teils wohl auch durch Gehirnschwellung.

Die Ursachen. Die Epilepsie ist in der angeborenen Konstitution begründet. Hereditäre Belastung mit Geisteskrankheiten, Psychopathien, mit familiären nervösen Degenerationen und namentlich mit Epilepsie selbst drücken den Zusammenhang mit einer kranken Sippe aus. Daß „epileptische Charaktere“ in einer solchen Familie oft leichtere Formen der gleichen Erkrankung darstellen, ist zu vermuten. Auch sind die verschiedenen Arten der Epilepsie leider in der Hereditätsforschung noch nicht getrennt. Eine wichtige Rolle spielt der Alkoholismus der Erzeuger und zwar wahrscheinlich als Ursache und nicht bloß als Ausdruck der krankhaften Familienanlage[1]. Nach neueren Forschungen soll die Epilepsie auch einen Zusammenhang mit familiärer Linkshändigkeit haben, und zwar nicht bloß, weil linksseitige Hirnherde zugleich zu Linkshändigkeit und zu Epilepsie disponieren. Wie die Wassermannsche Reaktion bei Frühepilepsien zeigt, beruhen viele Fälle auf hereditärer Lues. Im Individualleben kann Epilepsie erworben werden durch alle möglichen Hirnkrankheiten, von der uterinen Porenzephalie über die infektiösen Enzephalitiden und die Traumen bis zur Arteriosklerose (letzteres ist allerdings verhältnismäßig selten), und durch allerlei Vergiftungen, namentlich mit Alkohol und Blei. Ob bei solchen Kranken eine epileptische „Disposition“ bestanden haben muß, weiß man noch nicht. Ist einmal ein Hirnherd vorhanden, so kann Kokain einen epileptischen Anfall auslösen, der dann sich wiederholen kann (Cave! Nach Ulrich darf dagegen Novocain als Lokalanästhetikum angewendet werden).

Die Ursachen des einzelnen Anfalles sind in der Regel innere; immerhin können psychische Einflüsse Anfälle hintanhalten (ein Fest, suggestiv wirkende Mittel) und auslösen. Gewöhnlich ist indes der Ärger,

[1] Stuchlik, Über die hereditären Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Diss. Zürich 1914, und Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. Basel 1914.

dem der Patient seinen Anfall verdanken will, nicht die Ursache, sondern der Vorbote desselben gewesen. Er hat in seiner Verstimmung durch unerfüllbare Ansprüche, anmaßendes Benehmen und Reizbarkeit den Ärger herbeigeführt. — Durch Exzesse aller Art und auch durch relativ geringen Alkoholgenuß werden oft einzelne Anfälle ausgelöst. — Die berühmten Mondphasen haben bei den „Mondsüchtigen" keinen Einfluß; dagegen scheinen Witterungsverhältnisse kleine Schwankungen in der Häufigkeit der Anfälle bewirken zu können.

Formen, Umfang. Man hat noch zu wenige anatomische Erfahrungen, um die beschriebene Gruppe scharf von anderen Krankheiten mit epileptischen Anfällen abzugrenzen. Namentlich muß man sich fragen, ob alle die „heilbaren" oder mit unmerkbar geringer Verblödung verlaufenden oder überhaupt die ganz leichten Fälle identisch sind mit den unerbittlich progressiven. Da eine ununterbrochene Schattierung von den günstigsten bis zu den schlimmsten Fällen wahrzunehmen ist, ist es möglich, aber nicht sicher, daß alle oder manche der heilbaren und der (scheinbar) stationären Fälle nur leichtere Formen der gleichen Krankheit repräsentieren. Fälle mit ganz anderen Symptomen (akuteres Zugrundegehen der nervösen Substanz) sind natürlich eo ipso auszuscheiden.

Die Reflexepilepsien können wir noch nicht einreihen.

Die Jacksonsche Epilepsie ist keine Epilepsie in unserem Sinne; sie geht aber oft dahin über, indem die Anfälle den epileptischen Typus bekommen und die psychischen Erscheinungen ihre Nuance im Sinne der Epilepsie verändern.

Bei Arteriosklerose und Presbyophrenie sind die epileptischen Anfälle wohl nur Teilerscheinungen der Hauptkrankheit, obschon ich in einem Falle von Arteriosklerose die epileptische Gliose fand.

Ebenso gehören die epileptiformen Anfälle der Schizophrenie natürlich dieser Krankheit an. Es gibt aber auffallend viele Kranke, bei denen man den Eindruck bekommt, daß schizophrene und epileptische Symptome sich mischen. Wir wissen noch nicht, wie diese aufzufassen sind.

Kraepelin unterscheidet auch eine „Residualepilepsie", sich wiederholende epileptiforme Anfälle ohne progressiven Verlauf bei Hirnnarben und ähnlichen Störungen.

Die Fraisen (Eklampsie) der Kinder gleichen oft den epileptischen Anfällen; doch ist der Tonus oft stärker, der Klonus viel schwächer ausgesprochen. Da aber die meisten dieser Kinder nicht epileptisch werden, weiß man nicht, ob und eventuell wie die beiden Krankheiten miteinander zusammenhängen.

Dipsomanie und Alkoholepilepsie siehe bei Alkoholismus S. 205. Die meisten Dipsomanien scheinen nicht stark zu verblöden, auch wenn sie epileptischen Habitus haben.

Gestützt auf zwei klare Fälle möchte Kraepelin zur Epilepsie auch das Amok der Malaien zählen, wobei die Patienten plötzlich mit gezücktem Dolch durch die Straßen rennen, beliebige Leute niederstechend, bis sie zusammenstürzen oder, was häufiger ist, erschossen oder sonst unschädlich gemacht werden. Die eintönige Wiederholung des nämlichen psychischen Syndroms bei den verschiedenen Patienten scheint mir aber doch auf wesentliche Mitwirkung eines psychogenen Faktors hinzudeuten.

Die Friedmannsche Krankheit, der der Autor den schon vergebenen Namen der Narkolepsie verleihen will, besteht in sich sehr oft wiederholenden Anfällen fortdauernder psychischer Erstarrung oder Verwirrtheit, ohne Verlust des Bewußtseins mit Verdrehen der Augen nach oben, vorkommend bei Kindern und ohne Verblödung mit den Jahren ausheilend. Diese Krankheit möchte Kraepelin der Hysterie zuzählen. Jedenfalls gehört sie nicht zu unserer genuinen Epilepsie, wie einige Autoren annehmen.

Manche wollen auch die Migräne der Epilepsie beizählen. Sie ist aber ein Syndrom, das bei den verschiedensten funktionellen und organischen Krankheiten des Nervensystems vorkommen kann.

Wichtig sind dagegen die Affektepilepsien (Bratz) oder reaktiven Epilepsien (Bonhoeffer), Psychopathien mit starker Affektivität, bei denen psychische Einflüsse häufiger oder seltener zu epileptiformen Anfällen führen können. Kraepelin hat sie namentlich bei unstäten, zum Wandern und Schwindeln geneigten Leuten gesehen und nennt diese epileptische Schwindler. Brom scheint auf die Affektepilepsie nicht in der spezifischen Weise zu wirken wie auf die genuine.

Vorkommen. Die Epilepsie — allerdings in dem älteren weiteren Sinne des Wortes — ist eine häufige Krankheit in allen Zeitaltern und bei allen Rassen. Bei uns leiden jedenfalls mehrere Promill der Bevölkerung daran. Je nachdem man die Kinderkrämpfe dazu zählt oder nicht, beginnen die meisten Fälle im ersten oder im zweiten Dezennium. Das männliche Geschlecht überwiegt bedeutend, vor allem bei den Erkrankungen des Mannesalters, offenbar eine Folge der Alkoholwirkung.

Erkennung. In manchen Fällen berichten die Kranken nichts oder nichts Charakteristisches von Anfällen. Sie kommen wegen nervöser Symptome, Charakterveränderungen, Verstimmungen, verkannter oder abortiver Dämmerzustände zum Arzte; dann ist die Erkennung nicht leicht. Häufig aber bringen sie die fertige Diagnose oder eine klare Anamnese mit. Wenn auch der einzelne Anfall eine Erkennung nicht erlaubt, so ist doch eine Krankheit, bei der jahrelang in einigermaßen bestimmten Intervallen solche Anfälle vorgekommen sind, regelmäßig eine Epilepsie, und wenn nichts Besonderes daneben ist, so wird es eine genuine sein. Der positive Befund der psychischen Symptome wird in den meisten Fällen rasch die Diagnose sichern. Typische Absenzen kommen (außer mitunter bei Hirntumoren) fast nur bei Epilepsie vor und sind insofern charakteristischer als die großen Anfälle. Während epileptischer Aufregungen, aber auch in vorgerückteren chronischen Zuständen, ist gegenüber anderen Störungen (außer den organischen) meist die langsame, zögernde Reaktion besonders deutlich: „Ein Kranker, der rasch auf alle meine Einwände eingeht, ist kein Epileptiker"[1]. Oft kann die Anamnese viel zur Klärung beitragen. Sie bringt den Nachweis, daß die Anfälle früher schon bestanden haben, oder erzählt darauf hindeutende Ereignisse, wie vereinzeltes Bettnässen in späteren Jahren, aus dem Bett fallen im Schlafe (meist ohne zu erwachen), sich am Morgen zerschlagen fühlen, Zungenbisse unbekannten Ursprungs; man muß aber nicht erwarten, Zungennarben häufig zu finden; auch arge Zungenwunden heilen manchmal spurlos; häufiger sind Narben von Verletzungen am Körper infolge der Anfälle. Dann mag auch die gleichartige Heredität beigezogen werden.

Eine Zeitlang kann unter Umständen die Differentialdiagnose gegen-

[1]) Vogt, Epilepsie in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Wien 1915.

über einer organischen Geistes- oder Gehirnkrankheit schwierig sein. weil, abgesehen von den Krampfanfällen und Absenzen, auch die psychischen Symptome (Assoziationen, Verwirrungsanfälle) der beiden Krankheitsgruppen Ähnlichkeit haben können. Hier muß bei genauer körperlicher und psychischer Untersuchung das Auffinden der spezifischen Zeichen der einen oder anderen Krankheit schließlich entscheiden.

Gegenüber der Dementia praecox ist, abgesehen von den erwähnten Misch- oder Übergangsformen, die Diagnose meist leicht. Im Dämmerzustand beachte man namentlich die häsitierende Sprache, ferner den einheitlichen, klaren und echten Affektzustand beim Epileptiker gegenüber dem gemachten und schwer zu deutenden beim Schizophrenen. Von den auffallenderen Symptomen sind beiden Krankheiten gemeinsam: Die Neigung zu Symbolik, zu unscharfen Ideen, zu Neologismen. Doch unterscheiden sich die Symptome in der Regel deutlich durch verschiedene Nuancen. Die Symbolik der Epilepsie führt nicht zu den fixen Wahnideen oder gar zu Halluzinationen wie bei der Schizophrenie. Sie bleibt mehr eine Eigentümlichkeit des Denkens. Die Unschärfe der Ideen und Begriffe ist bei der Schizophrenie eine ganz ungleiche. Neben den unsinnigsten Vorstellungen kommen viele ganz normal scharfe vor, während der verblödete Epileptiker überall schwer imstande ist, sich klare Begrenzungen zu schaffen. Die epileptischen Neologismen bestehen mehr in schlechten Wortbildungen, als in eigentlichen Neuschöpfungen: „Gefallende Liebe" ist mit Wahrscheinlichkeit eine epileptische Bildung: „Dossierweg" für die geheimnisvolle Art der Verfolgung und „Anona" für Morphium ist schizophren. Vor der Verwechslung eines epileptischen dämmerigen Wutanfalles mit manischem Zerstörungstrieb schützt u. a. der Mangel an Ablenkbarkeit und Ideenflucht (Ideenflucht in dem früher beschriebenen Sinne ist beim epileptischen Dämmerzustand so ungeheuer selten, daß man nicht damit rechnen kann; aber man darf die Umständlichkeit, bei der der Patient nicht ablenkbar ist und sein Ziel nicht vergißt, nicht mit der zielwechselnden Ideenflucht zusammenwerfen).

Die Anfälle unterscheiden sich gut von hysterischen; wichtig sind namentlich der tonisch-klonische Typus, die kurze Dauer dieser Phasen. der Zungenbiß und andere Verletzungen, die Pupillenstarre. Fußklonus oder Babinski nach dem Anfall deutet auf Epilepsie (oder organische Störung). Im Zweifelfalle gibt unter Umständen der gut bleibende Puls trotz anscheinend schweren Zustandes den Hinweis auf Hysterie, dann die Beeinflußbarkeit, die Schonung für sich und andere beim Umsichschlagen und Hinfallen, die reagierenden Pupillen, Dinge, die dem epileptischen Anfall fremd sind. Im übrigen ist nicht zu vergessen, daß bei der Epilepsie alle hysterischen Symptome vorkommen können. Schwindelanfälle können auch bei Nervösen, Arteriosklerotikern und überhaupt allen Hirnkrankheiten vorkommen, wenn auch selten in der nämlichen Ausprägung wie bei Epilepsie mit der kurzen Dauer und der scharfen plötzlichen Abgrenzung (Absenzen, vgl. oben S. 332/3). Unmöglich ist unter Umständen für den Moment die Unterscheidung des epileptischen Dämmerzustandes von einem pathologischen Rausch, besonders da bei diesem auch epileptiforme Anfälle vorkommen und der Alkohol epileptische Syndrome auslösen kann.

Vom epileptischen Dämmerzustand zu den Aufregungen der Oli-

gophrenen führen so viele Übergänge, daß man unter Umständen dauernd die Frage offen lassen muß, ob bloße Oligophrenie oder Kombination mit Epilepsie vorliege.

In gerichtlichen Fällen wird man etwa mit Zustimmung des Patienten zu dem Mittel Zuflucht nehmen, einen Patienten ca. 3 Wochen lang Brom in mittleren Dosen nehmen zu lassen, dann plötzlich auszusetzen und ihm gut gesalzene Speisen oder neben den Speisen mindestens 20 g Kochsalz an einem Tage zu geben. Es soll sich dann manchmal bei latenter Epilepsie ein Anfall einstellen (ULRICH).

Die Pathologie der genuinen Epilepsie ist trotz aller darauf bezüglichen Arbeiten noch ganz unbekannt. Sie kann eine konstitutionelle Degeneration des Gehirns sein; dafür spräche der anatomische Befund, der aber auch sekundär sein kann. Den jetzigen humoralpathologischen Anschauungen gemäß ist sie — oder wenigstens der Krampfanfall mit seinen Äquivalenten — als Folge einer Autintoxikation aufzufassen. Die chemischen Untersuchungen von Blut und Harn sprechen dafür trotz ihrer Uneinheitlichkeit, vor allem aber die Beobachtung, daß, wenn man die Anfälle bei den Patienten, die präparoxysmelle Verstimmungen haben, durch Brom unterdrückt, leicht diese Verstimmungen sich verlängern, bis man einen Anfall erlaubt. Der Krampfanfall scheint also die Bedeutung einer Krise zu haben, und da der Harn unmittelbar nach den Anfällen giftiger sein soll, als sonst, könnte diese Krise eine chemische sein.

Man stellt sich auch vor, daß der Hirndruck, den man bei status epilepticus konstatieren kann, etwas mit der Epilepsie zu tun habe; doch sind die bekannten klinischen Erscheinungen des Hirndruckes von der Epilepsie gut zu unterscheiden.

Physiologisch muß man sich wohl denken, daß Hirnrinde und tiefere Stellen zusammen an der Produktion des Anfalles beteiligt sind (vgl. namentlich die Forschungen BINSWANGERs[1])).

Behandlung. Für die Prophylaxe läßt sich nichts tun, als die Heiraten der Degenerierten verhindern und den Alkoholgenuß bekämpfen.

In der Therapie der Krankheit selbst ist Brom das wichtigste und das einzige chemische Mittel von Bedeutung. Man gibt es als Bromkali (das billigste) oder als Bromnatrium, das die (übrigens nicht auffallende) Kaliwirkung vermeidet, oder in Form eines Gemisches von Bromammonium, -Natrium und -Kalium zu gleichen Teilen in Gaben von drei bis acht Gramm pro die (bei Kindern natürlich entsprechend weniger). Man probiert die Dosis aus, bei der die Anfälle fehlen oder auf ein Minimum beschränkt bleiben; sie läßt sich im Anfang, etwa im Laufe des ersten Jahres manchmal noch etwas vermindern, dann aber hält man sich dauernd (jahrelang, am besten für immer) auf dieser Dosis. Aussetzen und Schwanken rächt sich in den beeinflußbaren Fällen leicht; plötzlichem Aussetzen folgt oft ein tödlicher status epilepticus. Wichtig ist, das Salz in großer Verdünnung zu geben, etwa zwei Deziliter pro Gramm, weil sonst der Magen angegriffen und der Patient zu leicht des Mittels überdrüssig wird.

Die Wirkung kann verstärkt werden durch Verminderung (nicht Entziehung) des Kochsalzes (auf 5 bis 10 g pro die). Da eine große

[1]) Epilepsie. Hölder, Wien, 1899.

Quantität desselben in der Suppe aufgenommen wird, ca. 20 g, kann man diese mit Brom salzen, oder am schmackhaftesten durch eine Bouillon aus Sedobrol, einer Kombination von Bromnatrium mit Suppenwürze ersetzen. In dieser Form wird das Mittel gerne genommen, verleidet am wenigsten und scheint auch sonst am besten zu wirken. Bei schweren Fällen gibt ULRICH mit Erfolg Sedobrol kombiniert mit Chloralhydrat 0,5 bis 1,5 pro die abends verabreicht, namentlich bei nächtlichen Anfällen.

Bromismus wird meistens besser durch Gaben von Kochsalz als durch stärkere Bromherabsetzung oder gar durch Entzug bekämpft (ferner durch Arsen; bei offenen Stellen Quecksilberpflaster oder -Salben).

Wichtig ist aber nicht nur die regelmäßige Einnahme des Mittels, sondern die Regulierung der ganzen Lebensweise, die Exzesse in allen Richtungen, in Arbeit, Essen, Trinken, Vergnügungen, affektiven Reizungen, vermeiden muß. Alkohol ist auch in kleinen Dosen zu vermeiden. Andere Reizmittel wie Koffein und scharfe Gewürze, ebenso Fleischgenuß sind zu beschränken; für viele Fälle scheint eine Diät mit viel Milch nützlich. Die Heirat zu empfehlen, wie es oft geschieht und zwar nicht nur von Laien, sollte als Verbrechen gestempelt sein.

Da in der Freiheit die Epileptiker mit ihren Verstimmungen und Launen und starken Reaktionen auf kleinliche Unbequemlichkeiten der strikten Durchführung der Kur gerne Schwierigkeiten machen, tut man oft gut, diese in einer Anstalt einleiten zu lassen, wo der Aufenthalt viele Monate, ein Jahr oder noch mehr zu dauern hätte[1]).

FLECHSIG hat die Bromkur dadurch wirksamer zu machen gesucht, daß er etwa drei Wochen lang Opium in steigenden Dosen, bis ein Gramm und mehr, gab, dann plötzlich aussetzte und dafür mit der Brommedikation anfing. Die Methode wirkte dann und wann einmal noch, wo Brom allein sich unwirksam erwiesen hatte, wird aber nicht von allen Leuten vertragen. Seitdem man die Methodik der Kochsalzbeschränkung kennt, wird sie wohl nicht mehr nötig sein.

Es wird von einzelnen auch angegeben, daß Adonis vernalis die Bromkur unterstütze. Auch allein ist das Mittel gegen Epilepsie gebraucht worden. Ferner taucht dann und wann wieder Borax als Antiepilepticum auf.

Von den vielen operativen Eingriffen, die man schon gegen die Epilepsie unternommen hat, sind nur geblieben die Operationen von reizenden peripheren Narben (eine ganz seltene Veranlassung der Epilepsie), von Hirnnarben und Exostosen des Schädelinnern, und eine „Druckentlastung" durch Trepanation mit möglichster Verhinderung neuer Knochenbildung. Aber auch diese Fälle müssen vor und nach der Operation mit Brom behandelt werden.

Der einzelne Anfall läßt sich in Ausnahmefällen kupieren durch Abbinden des Gliedes, in dem die Aura auftritt, mit Esmarch oder durch Strecken eines Aurakrampfes. Andere Einwirkungen von außen oder durch die Patienten selber sind nur ausnahmsweise einmal von Erfolg. Gewöhnlich muß man den Anfall ablaufen lassen. Gegen den status epilepticus wirkt Amylenhydrat (im Klysma mit einhüllendem Träger) in Dosen von 5 bis 6 g; besser noch ist vielleicht Brom plus Chloralhydrat (z. B. Kalibromat 2,0, Chloralhydrat 1,0 bis 2,0 und halbstündliche Wiederholung der Dosen bis zur Maximaldose des Chlorals) eventuell verbunden mit Bädern von nahezu Körperwärme[2]).

[1]) Näheres ULRICH, Beitr. zur Techn. der wirks. Brombehdlg. Korresp.-Bl. für Schweizerärzte. Basel 1914, Nr. 21.

[2]) In der hiesigen Anstalt für Epileptische hat man infolge der Brombehandlung bei salzarmer Kost seit Jahren keinen Status mehr auftreten sehen. (ULRICH.)

Gegen Verletzung im Anfall ist prophylaktisch nicht viel zu machen als daß man die Kranken — allerdings meist vergeblich — warnt, sich in Situationen zu begeben, in denen ein Anfall gefährlich werden kann. Wenn immer wieder eine bestimmte Stelle des Kopfes verletzt wird, kann man diese durch eine Schutzhülle sichern. Gute Beaufsichtigung kann natürlich manches Unglück verhüten, aber gar nicht jedes. Kranke, denen die Aura das Nahen des Anfalles ankündet, haben oft noch Zeit, sich in eine ungefährliche Stellung zu bringen oder den schützenden Wärter herbeizurufen. Dieser hat neben den selbstverständlichen Maßregeln namentlich auch dafür zu sorgen, daß der Patient nicht im Sopor dadurch erstickt, daß die Zunge nach hinten fällt.

XI. Manisch-depressives Irresein.

Gruppe der Affektpsychosen.

Bei einer nicht kleinen Anzahl von Psychosen stehen Stimmungsverschiebungen im Vordergrunde, und die übrigen Grundsymptome lassen sich oft so genau aus den Affektanomalien herleiten, daß man leichte Fälle symptomatisch nicht von normalen Affektschwankungen unterscheiden kann. Andere Fälle allerdings zeigen bei genauerem Zusehen, daß diese Erklärbarkeit doch keine genügende ist, und daß die Affektstörung bloß das hervorstechendste Symptom einer allgemeinen noch nicht faßbaren Alteration der Psyche darstellt. Die Krankheiten sind nicht progressiv und führen niemals zu einer Verblödung, die sich mit denen der organischen, epileptischen und schizophrenen Formen vergleichen ließe. Soweit die Verstandestätigkeit alteriert ist, handelt es sich um ausgleichbare Störungen, die zum größten Teil den intellektuellen Begleiterscheinungen übertriebener Affektschwankungen gleich sehen.

Für unser jetziges Wissen sind die Grundsymptome:

1. Heitere oder depressive Verstimmungen.

2. Ideenflucht oder Hemmung des Gedankenganges.

3. Abnorme Erleichterung oder Hemmung der zentrifugalen Funktionen des Entschließens, Handelns, inklusive den psychischen Teil der Motilität. Euphorie, Ideenflucht, Beschäftigungsdrang einerseits (Manie), Depression, assoziative und zentrifugale Hemmung anderseits (Melancholie) sind die häufigsten Kombinationen. In den zum Psychiater kommenden Fällen tritt das Syndrom fast immer anfallsweise auf, wobei die Zwischenzeiten ungefähr normal erscheinen; es kann sich aber auch um eine dauernde Eigentümlichkeit handeln, die dann regelmäßig weniger hochgradig ist. Als akzessorische Symptome kommen Wahnideen und Halluzinationen (fast nur des Gehörs und Gesichts) und „nervöse“ Erscheinungen hinzu.

Der manische Anfall. Die Verstimmung des manischen Anfalls besteht in gehobenem Selbstgefühl, Euphorie, Heiterkeit; die Kranken fühlen sich glücklich, „überlustig“; die Erlebnisse werden mit angenehmen Gefühlen betont; gegenüber depressiven Erfahrungen sind die Kranken unempfindlich; schon eher werden kleinere „Unannehmlichkeiten“ empfunden und ganz besonders alles das, was das gesteigerte

Selbstgefühl des Patienten beleidigt; und da er bei seiner Selbstüberschätzung beständig Ansprüche stellt, die unerfüllbar sind, kommt er mit der Umgebung alle Augenblicke in Konflikt und in Zorn und Wut. Überhaupt ist die Stimmung des Manischen eine sehr schwankende; sie folgt mit großen Ausschlägen allen Nuancen der Vorstellung, nur steigt sie bei ausgesprochener Manie als Reaktion nicht leicht ins Depressive oder Ängstliche hinab. Dagegen sind endogene Umschläge in Depression, die eine Viertelstunde, eine Stunde oder auch einmal bis zwei Tage dauern, gar nicht selten. — Die Empfindlichkeit gegenüber körperlichem Schmerz ist direkt nicht herabgesetzt. Allerdings beachten die Kranken Schmerzen häufig nicht; wenn man sie aber z. B. einer kleinen Operation unterziehen muß, wo die Aufmerksamkeit auf die Verletzung gewendet wird, so reagieren sie meistens sehr energisch im Sinne der Wehleidigkeit.

Das Denken des Manischen ist ideenflüchtig (S. 51). Er springt auf Seitenwege, von einem Gegenstand auf den anderen, kann nichts festhalten. Dabei fließen die Vorstellungen sehr leicht und ungewollt, ja so reichlich zu, daß es vom Patienten unangenehm empfunden werden kann. In schwereren Fällen belästigt auch ein Bewußtsein der Unklarheit, des Nichtordnen- und Nichtausdenkenkönnens den Kranken. Abgesehen nur von den schwersten Formen, wo es den Anschein hat, die Sprache des Patienten und eventuell das Verständnis des Zuhörers könne der wilden Gedankenjagd nicht folgen („ideenflüchtige Verwirrtheit"), findet man in der Regel den Faden, der die einzelnen Ideen verbindet. Es handelt sich nicht um Inkohärenz, wenigstens nicht um eine prinzipielle. Das Denken ist unvollständig und flüchtig, aber nicht „unklar" im Sinne der Psychopathologie. Bis in hohe Stadien der Krankheit hinein kann man sich mit dem Manischen unterhalten; schnelles Erfassen und Verwerten der Schwächen des Gegners, rasche witzige oder sarkastische Antworten oder rabulistische Logik steht ihm mehr zur Verfügung als zu gesunden Zeiten.

Vorübergehend im Laufe eines Anfalles für Stunden oder Tage, aber ausnahmsweise auch während der ganzen Phase kann eine Denkstörung mit einer gewissen Traumähnlichkeit[1]), mit subjektiver und objektiver Unklarheit aller Ideen und logischen Verbindungen bestehen, deren Wesen noch nicht studiert ist.

Auffassungsfehler machen sich im gewöhnlichen Verkehr nicht bemerkbar. Die Reaktionen auf Anrede und überhaupt Situationsänderungen sind rasch und von des Patienten Standpunkt aus richtig. Bei experimenteller Prüfung allerdings machen die Kranken eine Menge Fehler, die indes wohl alle auf „Flüchtigkeit", nicht auf eine eigentliche Wahrnehmungsstörung zurückzuführen sind. So bleibt auch die Orientierung in Ort und Zeit, außer in den schwersten Fällen von ideenflüchtiger Verwirrtheit, ungestört, während die Lage allerdings regelmäßig insofern falsch aufgefaßt wird, als die Kranken sich meist für „besonders gesund" halten und jedenfalls die Beschränkung ihrer Handlungsfreiheit nicht verstehen können.

---

[1]) Zu unterscheiden von komplizierenden hysterischen Dämmerzuständen (IMBODEN, Ein Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie, Diss. Bern 1908).

Die Aufmerksamkeit zeichnet sich durch hochgradige Ablenkbarkeit von außen und innen aus.

Wie die Ideen sehr leicht auftreten und sich herzudrängen, so setzen sie sich auch leicht und mit Notwendigkeit (aber ohne das subjektive Gefühl des Zwanges) in Entschlüsse und Handlungen um. Das Interesse für alles und jedes ist zugleich nach oben nivelliert. Ein Gedanke wird angeregt; ohne Rücksicht auf das vorhandene Denkziel wird er verfolgt, bis ihn ein neuer ersetzt. Der Kranke sieht etwas und ergreift es; er bemerkt, daß der Arzt ein Glasauge trägt und ruft gleich im ersten Moment des Zusammentreffens: „Sie haben ja nur ein Auge", was der einäugige JOLLY sen. nach RODENWALDT[1]) zur Diagnose benutzte; es taucht ihm die Idee auf, etwas wäre auszuführen, und ohne daß sich merkbar ein Überlegen und Entschließen zwischenschöbe, handelt er. Hindernisse werden nicht empfunden. Die Kranken können ohne Betätigung nicht sein; sie leiden an Beschäftigungsdrang.

Das äußere Bild wechselt nach der Stärke der Krankheit von leichter manischer Erregbarkeit bis zur „Tobsucht". In den Submanien ist der Patient aktiver als sonst; im kleinen und großen kommen ihm viele Pläne, die er gleich auszuführen sucht; er steht besonders früh auf, um große Spaziergänge oder irgendeinen Gesundheitssport auszuführen, macht Erfindungen, Gedichte, will irgend etwas an der Welt verbessern, mischt sich in alles Mögliche, was ihn nichts angeht, reist herum, vergrößert das Geschäft; das Begräbnis der Mutter wird eine großartige festliche Veranstaltung. Ein Bankangestellter machte, als einmal ein Krieg drohte, seiner Regierung Vorschläge zur Sicherung des Silbervorrates und brachte es dazu, daß er zu Rothschild nach London geschickt wurde. Ein junges Mädchen kommt zum erstenmal in einen Verband von Frauenvereinen und macht, da man eine Zentralpräsidentin sucht, sofort Andeutungen, sie wäre bereit, einzuspringen. Im Verkehr mit Fremden oder Respektspersonen kann sich der Submanische wie gegenüber Intimen benehmen. Durch Ungeniertheit und Ansprüche kommt er in Händel. Er queruliert häufig während der ganzen Dauer des Anfalles. Aber auch die Gutmütigkeit tritt besonders lebhaft hervor: ein Schwabenkäfer, der einsam auf der Straße geht, erregt das Bedauern des Patienten, der ihn in einen Bäckerladen trägt, wo er als Ausrede eine Kleinigkeit kauft und ihn dann laufen läßt. Gegen Exzesse aller Art, namentlich sexuelle, alkoholische, Verschwendung, fehlen die Hemmungen. Auf Vorhalten hat der Kranke nicht nur Entschuldigungen, sondern „gute Gründe" für sein Verhalten ins Feld zu führen („folie raisonnante"). Durch das leichtere Zuströmen der Ideen und namentlich durch Wegfall von Hemmungen werden künstlerische Betätigungen gefördert, wenn auch nur in ganz leichten Fällen und bei sonstigen Anlagen in dieser Richtung etwas Rechtes herauskommt. Das lebhaftere Empfinden wirkt natürlich fördernd mit.

Wird bei etwas stärkerem Grade Anstaltsbehandlung nötig, so hält der Kranke die Abteilung, die Ärzte, die Wärter, beständig in Atem. Er macht Witze, will helfen, findet eine Menge Einrichtungen sehr schön, will aber doch verbessern, und protestiert namentlich gegen die „Ver-

[1]) STERN, Psychol. der Aussage, II. Bd. 28.

gewaltigung", letzteres bis zu schweren Zornausbrüchen mit Zerstörung alles Erreichbaren; aber auffallend selten sind Gewalttätigkeiten gegenüber Personen außer etwa beiläufigen Ohrfeigen u. dgl. In der Nacht wird gesungen, aus dem Bett eine Puppe in Lebensgröße gemacht usw. Weibliche Kranke fallen noch mehr und regelmäßiger als männliche durch starke Erotik bis zu den schamlosesten Handlungen auf. Trotz allem hat man einen guten Rapport mit den Patienten, wie mit verzogenen Kindern, die man gerne hat (wie geht es Ihnen? „Ganz gut. Es freut mich alles und ich kann gut laufen". — „Laufen" als Assoziation an das Verbum „gehen" in der Frage).

Im höchsten Grade der Manie erscheint die Tobsucht[1]) in Permanenz; die Kranken sind in „beständiger Tätigkeit", zerreißen, zerschlagen, um mit den Trümmern wieder irgend etwas, ein Kostüm, eine Statue, ein Relief der Schweiz aufzubauen, schmieren, schimpfen, brüllen, singen, hüpfen; nichts wird fertig gemacht, ein „Bruchstück einer Handlung" ersetzt das andere. Eigentlich sinnlos werden aber die Äußerungen nicht.

In allen Formen fehlt nur ausnahmsweise eine große Redseligkeit bis zur unaufhaltsamen Logorrhoe als Teilerscheinung des Betätigungsdranges. In schwereren Fällen werden die Sätze nicht mehr fertig gemacht, weil vorher immer eine neue Idee auszudrücken ist. Zitate aus allen zugänglichen Sprachen werden beigemischt, gelegentlich auch eine neue Sprache selber erfunden. Die Schrift zeigt die nämlichen Störungen, dabei Flüchtigkeit, Ungleichheit, Mischung verschiedener Sprachen; es wird kreuz und quer geschrieben, allerlei hinzugezeichnet; trotz vieler Versuche ästhetischer Ausschmückung kommt schließlich etwas recht Unsauberes und Unordentliches heraus; vor allem aber zeigt sich in den Schreiben die Anregbarkeit der Kranken, eine für die Behandlung sehr wichtige Eigenschaft: ein großer Teil der Schriftstücke ist im Anfang ganz oder relativ geordnet und wird dann immer krankhafter (Abb. 37). — Die Anregbarkeit ist eine ganz allgemeine Eigenschaft bei der Manie. Die Kranken sind um so ruhiger, je weniger Reize auf sie einwirken, je weniger Gelegenheit sie haben, ihrem Betätigungsdrang Ausdruck zu geben. Die Schriftdruckkurve weist energische und rasche Bewegungen auf. Genauere Prüfung der Motilität zeigt, daß die Bewegungen leicht und rasch vor sich gehen; das Maximum der Kraft ist, wenigstens bei Ergographenversuchen, geringer als bei Gesunden. Es sind die Rücksichtslosigkeit und die psychische Energie der Bewegungen, welche die Kranken kräftiger erscheinen lassen, und dann namentlich die Ausdauer und der Mangel an Ermüdungsgefühl.

Als akzessorische Symptome kommen bei diesen gewöhnlichen Formen der Manie Illusionen und Halluzinationen des Gesichtes hinzu, seltener des Geruchs und Geschmacks (Getast- oder Körperempfindungen machen kaum je mit); sie beeinflussen aber das Bild wenig. Dann fehlen Überschätzungsideen selten, und häufig kommt es zu eigentlichen Größenwahnideen, deren Inhalt nicht gerade unsinnig wird, sondern wenigstens noch denkbar bleibt. Die absurdeste Größenidee, die ich gesehen, war, daß ein Schweizer meinte, Kaiser zu werden. Man muß sich aber sehr hüten, einfache Spielereien mit Wahnideen zu verwechseln.

[1]) „Tobsucht" bezeichnete lange Zeit den manischen Anfall als solchen.

wozu die Patienten sehr gern Anlaß geben, so namentlich bei ihren alltäglichen „Personenverwechslungen“, wobei sie die Personen ihrer Umgebung mit anderen Namen belegen, oft gestützt auf irgendeine kleine innere oder äußere Analogie, und lange Zeit an der Fiktion festhalten; wenn man aber mißtrauisch bleibt, kann man wohl in allen Fällen den Nachweis leisten, daß es sich nur um eine Art Witz handelt. Dagegen können die Gefühle von Beeinträchtigung und ungerechter Behandlung oft einem Verfolgungswahn ähnlich sehen, der aber meist auf den ersten Blick durch den Mangel an Fixiertheit und die ganze Art der Ausdrucksweise sich vom paranoischen und paranoiden Verfolgungswahn unterscheidet.

Nervöse Symptome fehlen bei den Manischen selten ganz, bekommen aber bei der Euphorie wenig Bedeutung.

Das Bild kann nun aber auch qualitativ schwerer werden bis zu den „wahnbildenden“ und „deliriösen“ Formen. Unter der ersteren Gruppe versteht KRAEPELIN Anfälle, die mit beständigen Sinnestäuschungen und traumhaften Wahnideen verlaufen, welch letztere allerdings keine Rücksicht mehr auf das Mögliche nehmen. Die Wirklichkeit selbst ist aber auch den Kranken durch die Halluzinationen verfälscht; sie orientieren sich schlecht, obgleich die Erregung (nach KRAEPELIN) meist nicht eine besonders starke ist. — Die deliriösen Formen sind nach KRAEPELIN gekennzeichnet durch traumhafte Bewußtseinstrübungen mit abenteuerlichen, verworrenen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Sie haben meist einen relativ kurzen Verlauf. — Die Stimmung bleibt in beiden Fällen im großen und ganzen eine manische bis zur Verzückung; doch kommen im Zusammenhang mit Halluzinationen auch vorübergehende Angst- und Depressivzustände vor. Ideenflucht ist hinter dem Plus der unbekannten Denkstörung nicht immer sicher nachzuweisen. — Die Trennung der beiden Formen ist keine scharfe und für die Praxis möchte ich sie lieber unter dem alten Namen des „manischen Wahnsinns“ zusammenfassen.

Es gibt auch (sehr selten) Fälle, wo Wahnideen und Halluzinationen zurücktreten, aber doch die Denkstörung auf der Höhe der Krankheit von der Ideenflucht abweicht. Man kann sich mit den Kranken nicht recht in Beziehung setzen; sie werden in unverständlicher Weise gewalttätig, haben äußerlich eine gewisse Ähnlichkeit mit erregten Katatonikern, doch fehlen alle schizophrenen Zeichen, während die Denkstörung noch nicht zu charakterisieren ist.

Die Melancholie. Die depressive Phase betont alle Erlebnisse schmerzlich; häufig kommt Angst hinzu (manchmal in Form der Präkordialangst); die Kranken klagen zwar gerne darüber, daß sie keinen Affekt haben; alles erscheint ihnen farblos, fremdartig. „Farblos“ bezieht sich oft auch auf die Wahrnehmung, doch bleibt das Farbenunterscheidungsvermögen normal. Der mimische Ausdruck ist ein schmerzlicher, verzweifelter, ängstlicher, meist mit sehr geringer Beweglichkeit; da aber der Vorstellungsinhalt ebensowenig wechselt, kann man nicht von „Steifigkeit“ der Affekte reden, wie bei der Schizophrenie. In schwereren Fällen versagt regelmäßig die mimische Tränensekretion; die Patienten verziehen das Gesicht, schluchzen, alles genau wie beim Weinen, die Augen bleiben aber trocken. Ein besonders bemerkbares mimisches Zeichen der Depression überhaupt entsteht dadurch, daß die Hautfalte des Oberlids an der Grenze ihres inneren Drittels nach oben

Seite 1.

Burghölzli (Zürich V), Samstag, 2. XII. 99.
Riesbach-Zürich 1 (Burghölzli) den 2. Dez. 1899.
Vormittag 10 Uhr.

Liebe Bertha! (Herzkind!)
(zu Handen des tugendhaft von Wyla und liebe-
tvollen Fr. Marie Bh.)

Ich bitte Dich liebe Bertha,
mir Morgen (Sonntag den 3. Dez. 1899,
Vormittags 10–11 Uhr, Besuchzeit der Dritt-
Klässler) zu bringen von Herrn Wunsche,
Metzger: 1. Ein Pärlein „Wienerli", welche ich
unsrem „Küchen-Chef" Adolf Ru
versprochen habe, denn er hat mir gestern,
Freitag, den 1. Dez. 1899, 3 Ormond (Vevey Courts)
BC (starke), die mir am besten munden,
gegeben, denn er hat gestern (Freitag den 1. Dez. 1899)
Besuch gehabt von 10–11 Uhr, also eine
ganze Stunde, nicht nur 20 Min.!
Wer gibt Dir, meine Liebe, denn
eigentlich an, Du sollest erst um
11 Uhr kommen!? – Am Sonntag
essen wir auf der grossen Ab-
teilung um 11½ Uhr, die Wärter um 11.

Seite 2.

Ferner 2 Orangen, 2 Mettwürstchen,
2 Gothaer Knackwürstchen von
Herrn Eggerling! Schluss! gebietet
Herrn Kleise und Herrn Ru
Ich schreibe aber was ich will:
(Herrn Ru hat mir eins auf
den Kopf geschlagen!) – !? Herrn
Däppeler hat gesagt: Ich könne
schreiben so lang ich wolle!
Wie lange muss ich mich noch
von den Patienten schlagen lassen
Also ferner, weil Du mir meinen
Wunsch vom letzten Samstag nicht
erfüllt hast!!!??? – – – So wünsche
ich heute, 2. Dez. 1899, statt der
„Virginie"-Cigarren, ein Bund
„Portoriko-Cigarren" in Boxe-
beutel, welcher mir dann zu-
gleich als Geldsäckel dient!
Diese Cigarren kannst Du, meine
liebe Bertha auf der Gemüseküche
oder bei Herrn Wolfer zu Fr. 1.- kaufen.

[illegible] und [illegible] [illegible] [illegible], [illegible]
schöne Lieder: Nach der Melodie „Wenn die Fischgarten,
nur nett, so stecken daten“; Oder wenn der Schnee;
von den Alpen niederthaut“! „Oder Zillerthal Du
bist mei Freid“! Hast mich gar zu Zachrisch!
gefeit!“ „Oder vom Iselberg in's Thal“! Oder auf
der Alp droben, „Da gib's kei Sünd“! Oder über
Berg und Thal“! „Da flennt an Wasserfall“! Oder han
i nett e gli, han i nett e gli lustig si“!
„In stiller Nacht, zur ersten Wacht,
Ein Stimm beginnt zu klagen,
Der mächt'ge Wind hat süss und mild
Zu mir den Klang getragen.
Von herbem Leid und Traurigkeit
Ist mir das Herz zerflossen,
Die Blümelein, mit Thränen rein
Hab' ich sie all' begossen.“

„Wie ein stolzer Adler!
Schwingt sich auf zum Lied!
Dass es froh die Seele auf
Zum Himmel zieh't!“
„Hast Du denn dein
„Blitzen-blauen Rock noch an!
„Hast Du denn dein schwarzen
seidenen Hochzeitsrock noch an?“
„Oh!! Oh! Komm und tanz mit mir!

mein Streben! Komm
und tanz mit mir
geschwind! Ach! Ach!
nur ein
einzig Mal
lasse uns
Tanzen hier!
Ach nur ein
einziges Mal!!!
Lass uns tanzen hier
geschwind!
Sei herzlich meine
Liebe
von deinem Dich
innig liebenden Henri

Abb. 37. Anregbarkeit im manischen Anfall. Die Schrift wird von Seite zu Seite bewegter und größer. $^{2}/_{3}$ der nat. Größe.



Abb. 38. Gesichtsausdruck einer Melancholischen. Kopfhaltung und Blick gesenkt. Die gefaltete Stirnhaut ist hier stärker als gewöhnlich nach oben gezogen.

und ein wenig nach hinten verzogen wird, so daß der Bogen daselbst in einen Winkel verwandelt wird (VERAGUTH).

Die Ideenassoziationen sind gehemmt (S. 52). Das Denken ist verlangsamt, wird den Kranken mühsam; es dreht sich eintönig um ihr Unglück. „Ich denke und ich komme nicht zum Ziel. Ich beschäftige mich immerfort mit einer Sache und quäle mich, daß ich nicht weiter kann"[1]. So weit aber nicht der Affekt bestimmte Ideen absperrt, können die Melancholischen eher als Manische kompliziertere Verhältnisse richtig übersehen, wenn — in leichteren Fällen — ein gewisses objektives Interesse dazu veranlaßt. Gehemmt sind alle psychischen Tätigkeiten. In schwereren Fällen läßt sich sogar Verlangsamung der sinnlichen Wahrnehmung nachweisen. Inhaltlich sind alle Gedanken erschwert, die nicht mit dem psychischen Schmerze harmonieren, bis zu ziemlich vollständigem Monideismus.

Auch die Auffassung ist weniger fehlerhaft als beim Manischen. Lesefehler machen Melancholische nicht. Allerdings erscheinen die Schwellenwerte bei Auffassungsversuchen nach KRAEPELIN erhöht.

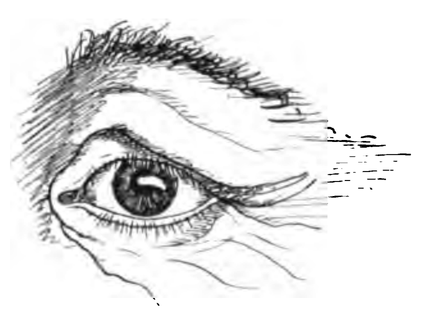


Abb. 39. Veraguthsche Falte des Oberlides bei Depression.



Abb. 40. Normale Oberlidfalte.

Die Orientierung ist eine gute außer in den traumhaften Fällen in die die Melancholien häufiger überzugehen scheinen als die Manien.

Die Aufmerksamkeit bleibt auf das eingebildete Unglück konzentriert; Ablenkung ist erschwert oder unmöglich: auch innerhalb der

[1]) WERNICKE, Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau. Schlettersche Buchhandlung, Breslau 1899.

melancholischen Ideen ist die Aufmerksamkeit schwer beweglich; sie geht nicht leicht von einem Thema auf ein anderes.

Die zentrifugalen Funktionen liegen sehr stark darnieder. Die Entschlußunfähigkeit kann ins Unglaubliche wachsen; eine Patientin kann ihren Platz am Tisch ändern wollen, den Stuhl aufheben und dann eine halbe Stunde zu der Entscheidung brauchen, ob und wo sie ihn niederstellen soll.

Die Bewegungen werden mühsam, langsam, kraftlos. Die Glieder sind schwer „wie Blei". Bewegungen kosten ebensoviel Anstrengung wie das Denken.

Häufiger als bei der Manie kommen als akzessorische Symptome Halluzinationen und Wahnideen (des Gesichts und Gehörs) hinzu. Der Teufel erscheint am Fenster, macht den Kranken Faxen. Sie hören sich verurteilen, das Schafott zimmern, auf dem sie hingerichtet werden sollen. Ihre Angehörigen schreien, die ihretwegen leiden müssen, verhungern oder sonst elend zugrundegehen.

Besonders aber die Wahnideen fehlen in keinem ausgesprochenen Falle, natürlich als Kleinheitswahn des ökonomischen, körperlichen und seelischen Ruins. Die Kranken verarmen, wobei es gar nichts nützt, ihnen ihre Wertschriften oder ihre Bilanz zu zeigen; das hat für sie alles keine Bedeutung. Es sind doch Schulden da oder Ansprüche zu erwarten, die alles zunichte machen. Die Patienten haben eine schwere, unheilbare, durch Sünde erworbene Krankheit, natürlich nicht eine Melancholie. Dieser Wahn wird unterstützt durch Mißempfindungen von den Eingeweiden aus: Die mit der Depression verbundene krampfhafte Zusammenziehung des Schlundes und die Schluckerschwerung beweist ihnen einen Verschluß der Speiseröhre, die Untätigkeit des Verdauungsapparates eine Menge anderer schwerer Störungen. Die Kranken haben sich auf schreckliche Weise vergangen; auch die Gnade Christi kann sie nicht mehr retten; sie haben namentlich die Sünde wider den heiligen Geist begangen, die niemals verziehen wird. „Wenn ich nur ein wenig kaltes Wasser trinke, so ist es schon gestohlen, und ich habe so viel gegessen und getrunken." Sie durchsuchen unwillkürlich ihr ganzes Leben nach solchen Verbrechen, verwandeln kleine Fehler oder auch ganz unschuldige Handlungen in die größten Sünden. In Form von Beziehungswahn knüpfen sie beständig neue Ideen an das an, was um sie vorgeht. Sie sind schuld, daß die anderen Patienten krank sind, daß einer gestorben ist; ihretwegen ist der Krieg ausgebrochen; ihrer Sünden wegen müssen die Menschen sie verachten; man redet überall über sie; sie müssen in dieser und jener Welt bestraft werden, meist auf die schrecklichste Art. Die Melancholiker baben ihre Qualen verdient zum Unterschied von den „Verfolgten"[1]. Nun kann ja dann und wann in einer leichteren Melancholie das Gefühl auftreten, so schlimm sei es denn doch nicht; eine erwartete Strafe mag als ungerecht erscheinen; auch sonst kann in dem unendlich komplizierten Getriebe der menschlichen Seele einmal eine eigentliche Verfolgungsidee auftauchen, z. B. auch bei Gesunden — aber der der melancholischen Depression entsprechende Wahn ist nur der Kleinheitswahn im früher umgrenzten engeren Sinne, dessen Nuancen in Genese, in dia-

[1]) Verfolgungswahn und Kleinheitswahn s. S. 68.

gnostischer und in prognostischer Bedeutung etwas ganz anderes sind, als der katathyme Verfolgungswahn.

Gar nicht selten sind vorübergehende oder während der ganzen Phase ausdauernde zwangsmäßige Befürchtungen und Antriebe, z. B. den Liebsten etwas Leides anzutun, oder Zwangsgedanken, oft koprolalischer oder sakrilegischer Natur. Auch (unberechtigte) Selbstvorwürfe können Zwangsform annehmen, bevor der Glaube an ihre Richtigkeit eintritt und sie in Wahnideen verwandelt.

Von anderen akzessorischen Symptomen sind wieder nervöse zu erwähnen, die aber in Verbindung mit der Ängstlichkeit, der Neigung zu Krankheitsideen und der schmerzlichen Betonung aller Erlebnisse eine ungleich größere Bedeutung bekommen als bei der Manie; sie können auch den Charakter flüchtiger hysteriformer Syndrome annehmen: Ohnmacht, Schwindelanfälle, Weinkrämpfe. Der Anfang der Krankheit imponiert oft als „Neurasthenie".

Dementsprechend ist das Verhalten. In gewissen, relativ leichteren Fällen suchen sich die Patienten noch durch eine maschinenmäßige beständige Arbeit den krankhaften Kummer vom Leibe zu halten und wohl zugleich ihre vermeintlichen Verschuldungen gut zu machen. Meist aber nimmt die Arbeitsfähigkeit rasch ab, was natürlich wiederum den Schmerz der Kranken vermehrt. Schon in mittelschweren Fällen wird fast nichts mehr gearbeitet. Es kann den Patienten zu kompliziert sein, aus ihrem Bett in ein anderes zu steigen (KRAEPELIN); sie sitzen oder liegen herum, bewegen sich nur wenig, ja es kann zu stuporöser Unbeweglichkeit kommen. Manchmal sprechen sie noch auf Anfragen, kaum mehr aber spontan. Eine Abschrift können sie unter Umständen noch leisten, nicht mehr aber einen Brief schreiben. In schweren Fällen kommen auch orthographische und grammatische Fehler vor. Oft aber zeigt ein Brief durch die korrekte Schreibweise, die klare Erkundigung über alle Verhältnisse bei Kranken, mit denen durch die Hemmung ein intellektueller Rapport gehindert ist, das Erhaltensein der Intelligenz an.

Auch wenn ein Entschluß getroffen ist, sind die Kranken nicht damit zufrieden; immer ist das, was man getan hat, gerade das Unrichtige gewesen.

Wo die Angst vorwiegt, drückt sie sich oft in rastlosen Bewegungen (Fortdrängen, Sichanklammern, seltener lautem Jammern usw.) aus (melancholia agitata, activa). In bezug auf andere Handlungen und das Denken sind diese Kranken aber doch gehemmt. Auch triebartiges Masturbieren, unter Umständen wie bei Nervösen Anfälle von Heißhunger sind nicht seltene Begleiterscheinungen der Angst. Als Raptus melancholicus wird die Erscheinung beschrieben, daß sonst gehemmte Kranke plötzlich mit großer Kraft irgend etwas anstellen, um dann in ihre vorherige äußere Ruhe zurückzukehren; wo ich diese Erscheinung beobachtete, war es bei Katatonikern.

Die Sprache ist leise, langsam, so kurz als möglich, oft bis zum vollen Mutismus. Nur selten ist ein endloses eintöniges Jammern. Ebenso weist die Schrift in ihrer Druckkurve kraftlose und stark verlängerte Bewegungen auf (KRAEPELIN).

Fast alle Melancholiker haben Selbstmordtrieb und würden ohne Bewachung zugrunde gehen.

In den einfachen Fällen der melancholia simplex beherrscht die

depressive Hemmung das Bild. Die Kranken sind traurig, ängstlich, nehmen alles von der schlimmen Seite, leiden an ihrer Arbeitsunfähigkeit, bekunden Lebensüberdruß. Hier namentlich fällt die Depersonalisation relativ häufig auf, in der den Kranken mit der Außenwelt auch ihre eigene Person wie eine andere, eine fremde, vorkommt. Sonderbare Illusionen der Wahrnehmung (es ist, wie wenn der Korridor schief, das Licht verdoppelt, das ganze Haus verkleinert wäre) plagen die Kranken. Sie können sich ihre Wohnung, ihre Angehörigen nicht mehr richtig vorstellen. Auch Zwangsvorstellungen fallen hier mehr auf als bei schwereren Formen. Halluzinationen und eigentliche Wahnideen können in den allerleichtesten Fällen fehlen.

Wird die Hemmung hochgradig, so daß die Kranken wenig mehr sprechen, nichts mehr selbst besorgen, sich kaum mehr bewegen, so nennt man das Bild depressiven Stupor.

In den schwereren Fällen sind Wahnideen regelmäßig vorhanden und können im Vordergrunde stehen. Zugleich nehmen leicht, aber nicht immer, die Halluzinationen zu. KRAEPELIN nennt solche Bilder melancholia gravis.

Wenn die „Verfolgungsideen" in seinem Sinne bei erhaltener Besonnenheit stark hervortreten, spricht KRAEPELIN von einer „paranoiden Melancholie". Die „phantastische Melancholie" ist ausgezeichnet durch massenhafte Sinnestäuschungen und ganz phantastische Wahnideen; im Essen ist Blut der Angehörigen, das Kind ist eine Wildkatze, der Kranke hat das Firmament heruntergerissen usw. Ein traumhafter Zustand mit ganz verfälschter Orientierung und ebenfalls vielen Halluzinationen und konfusen Wahnideen wird von KRAEPELIN als „deliriöse Melancholie" der deliriösen Manie an die Seite gestellt.

Auch diese drei Formen sind in ihren Einzelheiten und der Abgrenzung untereinander noch nicht recht bekannt. Für die Praxis genügt es, sie als melancholischen Wahnsinn gemeinsam den klareren Formen der manisch-depressiven Melancholie gegenüberzustellen.

Als Beispiel eines Krankheitsbildes, das am ehesten den Namen des Paranoids verdienen würde und dennoch ohne weiteres die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein erkennen ließ, mag folgendes charakteristisch sein:

Börsenagent, geb. 1847. Drei nähere Verwandte melancholisch. Still, tüchtig, solid. 1889 Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit, zunehmende Unfähigkeit zur Buchführung. Nach und nach mißtrauisch; dann auch Ideen, man unterschlage ihm seine Briefe, gebe ihm Gift, daher sehe er nicht mehr gut. Die Leute wollen ihn betäuben, Wechsel unterschreiben lassen. Er sei syphilitisch; das wissen die Leute; es werde ihm alles weggenommen. Selbstmordversuch. Nun Irrenanstalt. Ein Druckfehler in der Zeitung und beliebige Äußerungen anderer wurden auf ihn bezogen. „Jedermann meint es schlecht mit mir". Es wurde speziell für ihn schlecht gekocht. Er klagte über alles und alle und war sehr aufdringlich. Der Arzt machte ihm rheumatische Schmerzen in der Schulter; er klagte, weinte und jammerte. Halluzinationen nicht nachzuweisen. Ziemlich rasche Heilung nach einem Jahre. — Dann volle Gesundheit. Er brachte sein Geschäft empor. 1898, nach Operation seines Sohnes, übermäßig bekümmert, ängstlich, schlaflos; melancholische Verarmungsideen, die aber bald vollständig verdrängt wurden durch Verfolgungswahn. Die kleinsten und die größten Vorkommnisse deuteten darauf, daß man ihn verfolge, ihm ans Leben wolle. Er mußte auch für alle Leute einstehen, die irgend etwas für ihn taten. Er fühlte sich im ganzen unschuldig, hatte nur selten eine melancholische Versündigungsidee. Diesmal sah er „etwas Gräßliches" am Boden, weswegen er ängstlich und gewalttätig wurde. Meinte, der Arzt spritze ihm mit dem Stethoskop Gift ein. Er erwartete an seinem Geburtstag den Tod; Furcht vor einem „namenlosen Unglück".

Seine Umgebung verwandelte sich in Tiere, die ihn bedrohten (daneben bestand doch ein gewisses Verständnis dessen, was wirklich und möglich ist). Dann wieder bezieht er alles auf sich. Man martert, verspottet ihn, mischt ihm allerlei ins Essen. Die Bilder an den Wänden haben eine Beziehung auf ihn. Durch dieselben kann man ihm Ideen in den Kopf setzen. Auch dieser Anfall dauerte ein Jahr. Nachher mehrere Jahre lang anschließend deutlich hypomanischer Zustand, aber bei voller Arbeitsfähigkeit und klarer Einsicht. Zur Zeit (1915) wieder ganz gleicher Anfall.

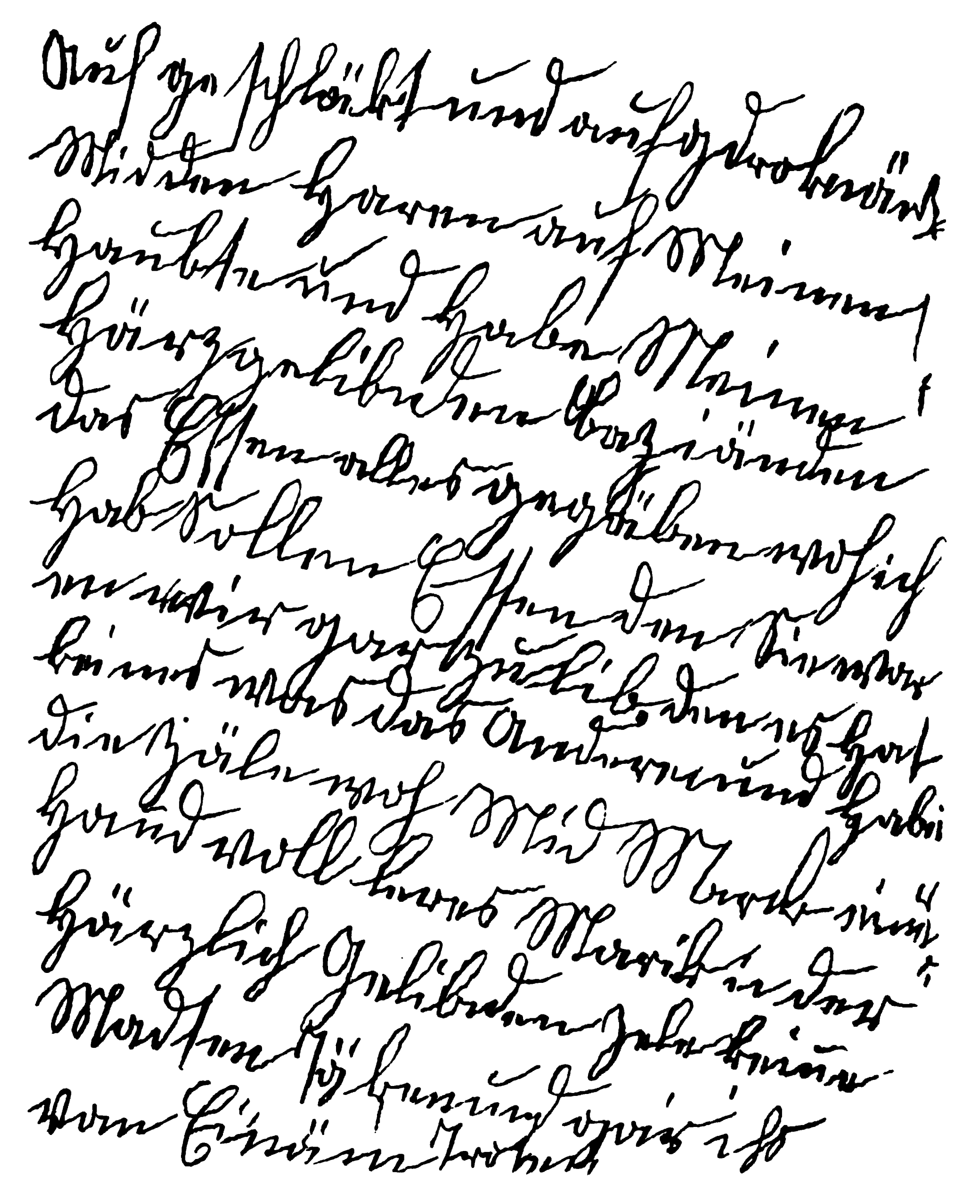


Abb. 41. Schrift der in Abb. 42 abgebildeten Patientin gegen Ende eines manischen Auftrittes. Gefühlvoller Inhalt. Im Gegensatz zur Schreibsucht, Hemmung in den Bewegungen, ausgedrückt durch die abfallenden Zeilen. Der Tremor entspringt wie oft der Schwäche nach angreifendem, manischem Zustand. Form und Inhalt des Schriftstückes verrät die Debile.

Mischzustände. A) Die drei Kardinalsymptome von Melancholie und Depression, gehobene und depressive Verstimmung, Ideenflucht und Denkhemmung, Betätigungsdrang und Willenshemmung, stellen drei Gegensatzpaare dar. Die ihnen entsprechende Funktion der Affektivität, des Ideengangs, der Zentrifugalität sind in der Krankheit — wie in ihrer geringeren Ausprägung beim Gesunden — in der Regel gleichsinnig verändert, so in den bisherigen Typen. Es können aber neben positiven Schwankungen auf dem einen Gebiete auch negative auf dem andern vorkommen und zwar in allen sechs Möglichkeiten, welche die Mutation der drei Paare, abgesehen von den zwei Hauptgruppen, Melancholie und Manie, noch ergibt. Die wichtigsten dieser Mischformen: die depressive „ängstliche Manie“ (Affekt negativ, Gedankengang und Zentrifugalität positiv), wobei die Kranken bei depressivem Affekt mit Versündigungsideen viel reden und schreiben und darüber klagen, daß die Gedanken ihnen von selber kommen. In die „erregte Depression“ (Affekt und Gedankengang negativ, Zentrifugalität positiv) hat man auch das Zustandsbild der melancholia agitata einbeziehen wollen. Das ist aber unrichtig; die Agitation ist ja nichts als der Ausdruck der Angst, und neben ihr sind die andern zentrifugalen Funktionen deutlich gehemmt. Die „gedankenarme Manie“ (Affekt und Zentrifugalität positiv, Assoziationen negativ) tritt häufig während des Abklingens eines schweren manischen Stadiums ein. Die Kranken scheinen äußerlich sehr beweglich, machen leicht Lärm, sind guter Dinge, fassen aber nicht auf, versuchen zu reden, können aber nicht viel sagen und wiederholen sich. Als Übergänge dazu treten oft nicht endenwollende Aufzählungen gleichartiger Dinge, Personennamen, Ortschaftsnamen in die Erscheinung. Aus Hemmung der Denk- und zentrifugalen Funktionen und positivem Affekt entsteht das Bild einer geronnenen Manie (des „manischen Stupors“), bei



Abb. 42. Mischzustand (bei einer Debilen). Unbeständige Euphorie. Motorische Hemmung, die im Gesicht den euphorischen Ausdruck zurückdrängt, daneben aber gestattet, daß sich die Pat. mit Perlschnüren und Vogelbeeren schmückt.

der die Patienten mit fröhlichem Ausdruck unbeweglich sind, wenn sie nicht einmal bei irgend einer Gelegenheit unvermutet einen Schabernack spielen.

B) Eine andere Art Mischung von positiver und negativer Abweichung kann auch innerhalb der nämlichen, von uns künstlich abgegrenzten psychologischen Funktionen entstehen: Innerhalb des Denkens können Hemmung und Ideenflucht nebeneinander vorkommen, wodurch Schwerfälligkeit des Gedankenganges mit Abspringen und häufigen Klangassoziationen entsteht[1]) (ähnlich wie in gewissen Stadien der Alkoholwirkung); eine Mischung von Verzweiflung und belustigter Selbstverspottung wird von KRAEPELIN als „Galgenhumor“ bezeichnet; auch Mischung von Größenideen und Depression soll beim manisch-depressiven Irresein vorkommen (der Patient wird von Kaiser und König verfolgt; er wünscht einen romanhaften Tod und ähnliches, KRAEPELIN). KRAEPELIN bringt eine Schreibdruckkurve, die abnorm kräftig, aber doch sehr verlängert ist; das bedeutet hohen Druck bei Verlangsamung der Bewegung. Eine meiner Patientinnen schrieb alle erreichbaren Papierfetzen voll, aber in depressiver Weise mit stark abfallenden Linien (Abb. 41). Auch ihr Affekt war eine Mischung von Depression und Exaltation. Der bei Schizophrenie nicht seltene Betätigungsdrang mit Stummheit soll auch hier beobachtet worden sein. In einem Fall sah ich zweimal andauernd Beschäftigungsdrang (weite Spaziergänge) mit fehlendem Ermüdungsgefühl bei negativem Zeichen aller anderen Funktionen.

Die Mischzustände beider Formen sind nicht selten als Übergänge der einzelnen Phasen, können aber auch als selbständige ganze Phasen auftreten; sie bilden dann, auch wenn man von den Verwechslungen mit Schizophrenie absieht, eine ungünstigere Gestaltung des Krankheitsbildes, verlaufen langsam und wiederholen sich oft, nachdem sie kaum abgeklungen sind.

Ein Teil der Symptomatologie ist den beiden Phasen gemeinsam, wie uns schon der Mangel an gröberen Störungen der Auffassung, der Orientierung, die nervösen Symptome gezeigt haben.

Auf psychischem Gebiet ist noch zu erinnern an den Zustand des Gedächtnisses, das direkt wenig alteriert erscheint. Die Kranken erinnern sich während der Anfälle und nachher an das Wesentliche, was während derselben geschehen ist, doch geht es selten ohne mehr oder weniger ausgedehnte Umbildung der Erinnerungen ab. Der gewesene Maniakus kann sich nicht mehr vorstellen, daß er so unangenehm war, und stellt in guten Treuen die meisten seiner Konflikte als berechtigte Reaktionen gegenüber unberechtigten und ungeschickten Eingriffen dar, und zwar oft mit solchem Geschick, daß er auch andere davon überzeugt. Je stärker die Ideenflucht war, um so schwieriger ist allerdings die geordnete Ekphorie der Erlebnisse, und auch aus diesem Grunde treten Unklarheiten und Lücken auf. Bezeichnend ist, daß einzelne Manische nach der Heilung glauben, sie hätten eigentlich an Melancholie gelitten, weil ihnen die paar kurzen interkurrenten Depressionen und allfällige innere Schwierigkeiten viel besser in der Erinnerung bleiben und viel wichtiger erscheinen als der heiter manische Gesamtzustand. Allerdings

[1]) SCHROEDER, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. II, 1910, S. 57.

mögen diese Erinnerungen auf manchen psychischen und körperlichen Schmerz hinweisen, von dem wir während der Aufregung nichts beobachteten.

Oft besteht in gesunden Zeiten ein mangelndes Interesse oder geradezu Abneigung, sich mit den Krankheitsvorgängen zu beschäftigen, wodurch Vergessen bewirkt oder doch vorgetäuscht wird. Melancholiker, die im ganzen eine etwas bessere Erinnerung haben als Manische, können recht vieles und oft gerade das Wichtigste sehr leicht verdrängen, und zwar auch dann, wenn sie sich in einem Anfall ganz bestimmt vorgenommen haben, diesmal in der freien Zeit an das und jenes zu denken, z. B. an ihr Verhältnis zu den Ärzten. Oft taucht beim Beginn eines späteren Anfalles die Erinnerung an die früheren wieder so lebhaft auf, daß die Patienten es als störenden Zwang sehr unangenehm empfinden. Die Erinnerung an die Wahnsinnsformen ist meist lückenhaft und stark gefälscht, unter Umständen ganz ausfallend.

Krankheitseinsicht fehlt meistens und ist niemals vollständig während der akuten Phase, obschon bei häufiger Wiederholung der Anfälle die Kranken unter Umständen die Anstalt selber aufsuchen, sobald es nötig wird. Seinen eigenen Wert beurteilt der Manische regelmäßig viel zu hoch, der Melancholiker unendlich viel zu schlecht. Häufig haben die Kranken eine relativ gute Einsicht in die früheren Anfälle, nicht aber in den aktuellen.

Die Halluzinationen beschränken sich in beiden Phasen meist auf Gesicht und Gehör und haben oft wenig Leibhaftigkeit. Die Kranken selbst beschreiben sie manchmal als „Erscheinungen". Sie sind auch gewöhnlich nicht so aufdringlich wie z. B. bei der Dementia praecox.

Die körperlichen Symptome des manisch-depressiven Irreseins sind nicht wichtig. Bei Euphorie ist natürlich der Turgor vitalis gehoben; ein in der Melancholie zusammengeknickter Zirkulärer kann morgens in manischer Stimmung zwanzig Jahre jünger erscheinen mit strammer Haltung und gutem Aussehen. Alle vegetativen Funktionen passen sich der Lage an. Der Gehobene hat gewöhnlich guten Appetit und guten Stoffwechsel; Submanische, die regelmäßig essen und sich nicht durch beständige Bewegungen erschöpfen, nehmen deshalb gewöhnlich zu; stärker Manische allerdings nehmen ab, zum Teil auch deswegen, weil sie sich nicht die Mühe nehmen, genügend zu essen, und dafür ihre Speisen als Material zur Befriedigung ihres Beschäftigungsdranges statt ihres Hungers verwenden. Ich habe es auch (ausnahmsweise) einmal erlebt, daß ein Maniakus nur durch Befestigung am Bett vor dem Tode gerettet werden konnte, weil sein nicht merkbar krankes Herz nicht nachkam, so daß jeweilen Hydrops universalis auftrat. In der Melancholie liegt der Appetit darnieder, auch die Darmtätigkeit ist oft träge; das Gewicht nimmt in der Regel ab, eine Zunahme desselben zeigt mit ganz wenigen Ausnahmen die Besserung an. Ausgesprochenes Stärkerwerden ohne begleitende Besserung deutet auf andere, namentlich schizophrene Grundlage.

Der Schlaf ist in beiden Phasen schlecht, oft so schlecht, daß ein Gesunder rasch dabei zugrunde ginge; die Erholungsfunktion muß in der Krankheit anders verlaufen als sonst.

Die Untersuchungen der Körperwärme, des Blutes, des Urins, des Stoffwechsels überhaupt haben bis jetzt keine regelmäßigen Be-

funde ergeben. Auffallend häufig findet man längere Zeit während der Anfälle Zucker im Harn.

Puls und Atmung entsprechen ungefähr dem, was man von den affektiven Erregungen und Depressionen der Gesunden erwartet.

Die Menstruation setzt oft aus, um gegen Ende des Anfalles wieder zu erscheinen.

Die Sehnenreflexe sind manchmal gesteigert; in der Manie sollen sie oft rasch, in der Melancholie langsamer verlaufen. — Manische „Analgesie“ s. S. 39.

Die Zwischenzeiten. Die meisten Patienten lassen zwischen den Anfällen so wenig Pathologisches bemerken, daß man von den „normalen Zwischenzeiten“ spricht. Immerhin zeigt sich bei vielen, namentlich bei längerem Bestehen der Krankheit, eine deutliche Labilität der Stimmungslage, teils als Reaktion auf äußere Umstände mit Reizbarkeit und übertriebenen Ausschlägen in der Richtung der Euphorie wie der Depression, teils aber als vorübergehende Schwankungen von innen heraus, die KRAEPELIN als rudimentäre Anfälle auffaßt. Bei einzelnen — nur einem ganz kleinen Prozentsatz aller Manisch-depressiven — geht das so weit, daß die Kranken die soziale Leistungsfähigkeit verlieren; sie sind nicht mehr fähig, sich anderen genügend anzupassen, und jede Ausdauer für selbständige Arbeit fehlt ihnen. Im Gegensatz dazu ergeben die gewöhnlichen „Intelligenzprüfungen“ keine deutliche Abschwächung. Bei den periodisch Manischen entwickelt sich häufig in den Zwischenzeiten ein dauernd leicht manisches Temperament, bei den Kranken mit hauptsächlich oder lauter melancholischen Phasen eine dauernde depressive Verstimmung geringeren Grades. Von diesen Typen gibt es alle Übergänge zu denjenigen, die von Jugend auf leicht manisch oder melancholisch verstimmt schienen und dann mit Vorliebe an Phasen mit gleichem Vorzeichen erkranken.

Verlauf. Die Krankheit wird in der Mehrzahl der Fälle zwischen 15 und 30 Jahren durch den ersten Anfall manifest, kann sich aber auch einmal erst in den achtziger Jahren offenbaren. Einzelne Fälle gehen in die Kindheit zurück; doch wird lange nicht jedes Kind, das in der Jugend etwas zyklothym schien, später manisch-depressiv; die Anomalie kann sich verlieren.

Die Anfälle wiederholen sich im allgemeinen in ganz beliebigen Zwischenräumen; gleich nach Ablauf des einen kann ein anderer auftreten, oder es können Dezennien vom einen zum anderen verlaufen. Natürlich kann es unter diesen Umständen auch vorkommen, daß während eines Lebens nur ein einziger auftritt. Doch gibt es Patienten, bei denen man viele Jahre lang auf einen mehr oder weniger regelmäßigen Turnus rechnen kann. Sind die Zwischenzeiten ungefähr gleichmäßig und nicht zu lange und die Anfälle gleichartig, so spricht man von periodischer Manie und periodischer Melancholie; als zyklisches (oder zirkuläres) Irresein bezeichnet man die Typen, in denen sich Manie und Melancholie mit oder ohne freie Zwischenzeiten in regelmäßigem Turnus folgen.

Auch für die Qualität der Anfälle kennen wir keine Regel. Je mehr man von einem Leben übersehen kann, um so seltener werden die aus lauter gleichartigen Auftritten zusammengesetzten Serien. Im ganzen nimmt die Melancholie mit dem Alter zu, die Manie ab. Schwere ma-

nische Anfälle treffen sich beim nämlichen Patienten gern mit schweren melancholischen, während Submanien und Submelancholien wiederum einander entsprechen. Manche Kranke haben längere Zeit Anfälle, die sich sehr genau gleichen; man spricht sogar von photographischer Treue der Wiederholung. Einer meiner „Paranoiden" nahm jeweilen die in einem früheren Anfalle gebildeten Wahnideen wieder auf, um sie weiter zu entwickeln (Erfinder, Reformator). — Der einzelne Anfall pflegt sich, abgesehen von den Mischzuständen des Übergangs innerhalb der nämlichen Kategorie zu halten. Doch sind in schwereren Anfällen von sonst besonnenen Zuständen beider Phasen Viertelstunden oder Stunden dauernde Verwirrtheitszustände nicht ganz selten, in denen die Patienten einerseits unsinnig jammern, sich auf den Boden werfen, keine Rücksicht auf Schicklichkeit nehmen, jedem Zuspruch unzugänglich sind, anderseits unsinnig wüten und toben. — Nach KRAEPELIN kommen am häufigsten Patienten mit bloßen Depressionen, und solche mit bloßen Manien am seltensten vor.

Die einzelnen Anfälle dauern gewöhnlich viele Monate, ein halbes bis ein ganzes Jahr, die melancholischen wohl im Durchschnitt etwas länger als die manischen; Abweichungen nach oben bis zu einigen Jahren sind häufig, bis zu zehn und mehr Jahren sehr selten. Ausnahmsweise haben einzelne Patienten die Neigung, ihre Anfälle in einer oder zwei Wochen abzumachen. Prodrome sind häufig in Form von allgemeinem Unbehagen, das für neurasthenisch gehalten wird, und sonderbarerweise nicht selten in Form von Neuralgien, die ganz den Typus einer bestimmten Nervenentzündung, z. B. Ischias, Interkostalneuralgie haben. Ein Kranker SCHUELEs halluzinierte jedesmal bei Beginn einen grauen Vogel. Der Manie geht manchmal, aber gar nicht immer, ein eigentlich depressives Vorstadium voraus. Das Ansteigen geschieht allmählich, bei schweren Anfällen nicht so selten in zwei Zeiten, indem etwa in zwei bis drei Wochen eine Remission eintritt, der aber bald wieder eine starke Verschlimmerung folgt. Dann bleibt die Krankheit gewöhnlich lange Zeit auf der Höhe. Die Besserung tritt allmählich und unter Schwankungen ein, bei Melancholien oft so, daß bessere Tage auftreten, die sich nach und nach häufiger wiederholen und deutlichere Abnahme der Symptome manifestieren. Im Abklingen der Manie täuschen bisweilen die eintretenden Hemmungen dem Unkundigen eine „Verblödung" vor. Nicht so selten nimmt der Charakter etwas unangenehm Nörgelndes an. Nach dem manischen Anfall folgt oft ein mehr oder weniger schweres, depressives Nachstadium oder wenigstens ein Gefühl von Erschöpfung. — Nach melancholischen Phasen fühlen sich die Patienten oft „so gesund wie nie", sind aktiver und angenehmer als vorher und zwar nicht nur Monate, sondern auch Jahre lang. Die seltenen plötzlichen Schwankungen treten namentlich bei zyklischen Fällen auf, in denen der Patient von einem Tag auf den andern die Phase wechseln kann. Aber auch Übergänge von und zu dem normalen Zustande können ausnahmsweise einmal plötzlich auftreten.

Über die allgemeine Prognose ist noch wenig zu sagen. Der einzelne Anfall heilt. Sehr selten bleibt ein Kranker in der Anstalt deshalb hängen, weil die Zwischenzeiten so kurz werden, daß eine Entlassung nicht in Betracht kommen kann. Dann und wann findet einer in der Anstalt seine Heimat und bleibt auch bei längeren Zwischenräumen

freiwillig. Größere Serien von Anfällen scheinen mit dem Alter zu Verkürzung der Zwischenzeiten geneigt. Doch ist zu beachten, daß von unseren Stammgästen aus dem ersten Mannesalter nur wenige nach der Involution wiederkehrten. Auch die rasche Abnahme der Aufnahmen Manisch-Depressiver überhaupt von den vierziger Jahren an (trotz einer kleinen Erhöhung zwischen 45 und 50 Jahren) läßt sich nicht durch die Sterblichkeit erklären, besonders da in diesem Alter immer noch ein gewisser Zugang von neuen Fällen stattfindet.

Kraepelin bringt folgende Tabelle:

Es kamen von 1704 Anfällen Manisch-depressiver auf die verschiedenen Jahrfünfte

bis 10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
4	24	191	199	259	213	197	146	155	124	85	65	32	6	1	3

Zwischen 25 und 30 Jahren kamen 259 Anfälle zur Beobachtung, die wir ohne großen Fehler als so viele Kranke auffassen können. Die Mortalität im folgenden Jahrfünft beträgt (in der Schweiz) 0,9 Proz. Wir haben keinen Grund, die spontane Mortalität der Manisch-depressiven in diesem Alter als eine viel höhere anzusehen, und die Abgänge durch Selbstmord werden wohl mehr als kompensiert durch die neuen Erkrankungen, die in diesem Alter ja noch ziemlich häufig hinzukommen. Durch Tod konnte also die Verminderung für das nächste Quinquennium bloß etwa 3 Patienten betreffen. Es kommen aber nur noch 213 zur Kenntnis des Anstaltsleiters, im Alter von 35 bis 40 nur noch 197 statt 253; von 40 bis 54 146 statt 249; zwischen 45 und 50 gibt es eine kleine Erhöhung von 146 auf 155, die den Abfall unterbricht, aber lange nicht die frühere Höhe erreicht und von einem um so rascheren Sinken gefolgt wird. Die allgemeine Mortalität nimmt aber erst von den sechziger Jahren an erheblich zu. Ein großer Teil der Fälle bleibt also in der zweiten Hälfte des Lebens von Anfällen verschont. Die Qualität der Auftritte erscheint manchmal im Alter etwas schwerer; die Manien sind kraftloser, die Melancholien eher verwirrt; wahrscheinlich nehmen auch die Wahnsinnsformen ein wenig zu.

Während der akuten Phase kann der Tod eintreten, bei Melancholischen hauptsächlich infolge von Selbstmord, sonst an interkurrenten Krankheiten; einzelne Selbstmörder nehmen die Familie mit sich („Familienmord"), um auch sie dem Elend zu entziehen. Manische sterben bisweilen an Erschöpfung oder an Verletzungen, die sie nicht besorgen lassen.

Manisch-depressive haben eine gewisse Neigung, relativ früh an Arteriosklerose und sonstiger Hirnatrophie zu erkranken.

Andauernde Stimmungsverschiebungen. Zum manisch-depressiven Irresein gehören die Über- und Unterstimmungen, die einerseits andauern, anderseits nicht die Höhe einer krankhaften Verstimmung erreichen. Aus dem letzteren Grunde kommen sie trotz ihrer Häufigkeit nur selten in psychiatrische Beobachtung; doch beweist etwa eine ins Pathologische steigende Stimmungsschwankung den Zusammenhang mit der ganzen Gruppe, der übrigens auch durch die Heredität erhärtet wird. Man kann folgende Formen unterscheiden:

1. Die konstitutionelle Verstimmung oder depressive Veranlagung („melancholische Verstimmung"), eine dauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen; Schwierigkeit, Entschlüsse zu fassen, Mangel an Selbstvertrauen.

2. Die konstitutionelle Erregung oder manische Veranlagung („manische Verstimmung"). Das manische Temperament dieser Leute disponiert zu übereilten Handlungen und zu leichtsinniger Lebensweise überhaupt, wenn es nicht durch einen besonders kräftigen

Verstand und eine besonders gute Moral gezügelt wird. Deshalb finden wir hier auf der einen Seite protzige, rücksichtslose, zu Zanken und Querulieren geneigte Tunichtsgute, die keinen Nachhalt in ihren Unternehmungen haben, anderseits aber „sonnige Naturen" und große, ja genial angelegte, nicht selten künstlerisch begabte Leute von unermüdlicher Unternehmungslust. So einer war z. B. der Begründer der „Physiognomik", Lavater.

3. Die reizbare Verstimmung.

4. Zyklothyme, bei denen Zeiten von unternehmungslustiger Euphorie abwechseln mit verzagter Leistungsunfähigkeit. Auch unter ihnen finden sich Künstler und andere Leute, die Großes leisten. MOEBIUS hat gute Gründe dafür angeführt, Goethe dazu zu zählen. Ob man H. v. Kleist manisch-depressiv oder zyklothym nennen will, ist willkürlich.

5. Es kann auch das konstitutionelle Temperament wechseln, namentlich um die Pubertät herum. David Hess war als Knabe depressiv, sagte dann selbst einmal: „Jetzt bin ich nicht mehr melancholisch", und blieb bis zum Tode in manischer Verstimmung; seine Schwester war von Jugend auf dauernd „wie Quecksilber". Auch Lavater zeigte sich in der Jugend empfindlich, „schüchtern", ebenso ein berühmter, jetzt noch lebender Gelehrter mit manischer Verstimmung. Eine Dame erschien bis gegen die zwanziger Jahre auffallend heiter, lebhaft im angenehmen Sinne, dann dauernd leicht depressiv. Die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Gruppe dokumentierte sie durch eine mehrjährige Melancholie, die im 41. Altersjahre begann, worauf sie zehn Jahre lang lebhaft und sehr energisch war, sich schweren Schicksalsschlägen gegenüber ausgezeichnet benahm, um mit 54 Jahren wieder für 3 Jahre melancholisch zu werden.

Als „leichtere Formen" sind noch periodische Zustände zu nennen, die unter dem Bilde von Neurasthenien oder Magenneurosen oder von Kopfweh verlaufen.

Auffassung. Das manisch-depressive Irresein ist eine dauernde Anomalie, die Schwankungen im Sinne von Manie und Melancholie produziert und sich auch sonst leicht als Labilität der Empfindungen oder in Form habitueller Verschiebungen der Stimmung äußert. Was alles dazu gehört, zeigt die Erforschung der Familienanlage, welche auf eine Gleichwertigkeit aller der gezeichneten Krankheitsbilder hinweist.

Bis dahin wäre alles recht hübsch; aber es gibt sicher Verstimmungen anderen Ursprungs, die wir als solche noch nicht von den manisch-depressiven unterscheiden können. Wir sind deshalb in bezug auf die Abgrenzung nicht ganz sicher, wo eine dieser anderen Ursachen mitwirken könnte, und anderseits muß uns diese Tatsache vorsichtig machen, bloß aus der Veranlagung heraus die Anfälle erklären zu wollen. Da gibt es unzweifelhaft solche Verstimmungen, die rein psychogen sind, bei Organischen infolge von paralytischen oder senilen Prozessen, bei Dementia praecox, bei Störungen der innern Sekretion (Basedow-Manien und -Melancholien); Körperkrankheiten, namentlich Herz- und Gefäßstörungen bewirken Depression; beginnendes Fieber, chemische Mittel wie Alkohol und Tuberkulin erzeugen Zustände, die mit der Manie wenigstens große Ähnlichkeit haben. Ist nun zum Eintritt solcher Wirkungen immer oder wenigstens in manchen Fällen eine manisch-depressive Anlage nötig? Ist oft oder immer oder nie die Hirnatrophie die alleinige Ursache der begleitenden Depression bei senilen Formen? Sind die zyklischen Formen der Schizophrenie alle Mischformen der beiden Krankheiten?[1]) Das wissen wir alles noch nicht zu beantworten.

[1]) Es gibt sicher Formen, die als manisch-depressiv-schizophrene Mischformen imponieren, aber wenigstens in der Familienanlage eine Einheit sind.

Wenn wir bis jetzt die Affektschwankungen in den Vordergrund gestellt haben, so sind wir uns klar, daß sie nur der auffallendste Ausdruck der allgemeineren psychischen Störung sind. Es ist ja richtig, die wichtigeren und gewöhnlich neben der eigentlichen Verstimmung allein erfaßbaren Symptome: Ideenflucht, Beschäftigungsdrang, assoziative und zentrifugale Hemmung kommen in Andeutungen bei jedem schweren Affekte vor und lassen sich deshalb als Übertreibungen der „Affektwirkung" auffassen. Dem steht aber entgegen, daß die drei Symptomengruppen einander auch in den gewöhnlichen Fällen quantitativ gar nicht zu entsprechen brauchen; die zentrifugale Hemmung z. B. kann auch bei gleichbleibender schmerzlicher Verstimmung nicht nur von Fall zu Fall, sondern auch beim nämlichen Patienten stark schwanken. Sie ist z. B. bei Jugendlichen meist relativ stärker als bei den Fällen des Involutionsalters; vor allem aber erweisen die Mischzustände, daß die Ableitung des gesamten Bildes aus einer Affektschwankung entweder gar nicht oder doch nur in geringem Maße zutrifft. Dann gehen doch namentlich in der Denkstörung viele Symptome über die Affektwirkung hinaus, die bei genauem Zusehen auch in den scheinbar einfachen Fällen häufiger sind, als es aus den Schilderungen scheinen möchte; man kann sie nur noch nicht recht erfassen und beschreiben. Klagen über aufdringliches Zuströmen einer Unmasse von Ideen, die Erschwerung der willkürlichen Direktion des Denkens, die Unklarheiten, die der Ideenflucht angehören und in einzelnen Fällen bei bloßer Andeutung von Ideenflucht oder Hemmung bis zu Verwirrungs- und traumhaften Zuständen gehen können, die halluzinatorischen und paranoiden Symptomenkomplexe, Parästhesien und „Neuralgien", all das beweist ein Plus von Störungen, das für die Erklärung von größter Wichtigkeit sein muß, aber bis jetzt dem Verständnis getrotzt hat. Hinter den üblichen Ausdrücken Anlage, Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit, innere Sekretion, versteckt sich beim manisch-depressiven Irresein noch wenig oder gar nichts Tatsächliches oder gar verständlich Zusammenhängendes.

Umfang. Der KRAEPELINsche Begriff des manisch-depressiven Irreseins ist ein ziemlich geschlossener. Die Übergänge der verschiedenen Formen untereinander und besonders beim nämlichen Patienten, und die hereditären Verhältnisse beweisen die Zusammengehörigkeit all der verschiedenen Bilder. Nicht scharf abzugrenzen ist die Gruppe von manchen bloß psychogenen Verstimmungen bei Psychopathen und den noch nicht rubrizierbaren Melancholien. Eine natürliche Grenze wird wohl auch nicht existieren zwischen den habituellen Verstimmungen und den „psychopathischen Persönlichkeiten", namentlich zwischen unseren Reizbaren und den Erregbaren unter den Psychopathen.

Von den Begriffen anderer Einteilungen schneiden sich mehrere mit einzelnen Formen des manisch-depressiven Irreseins, oder sie gehen darin auf. Die „Manie" und die „Melancholie" der deutschen Psychiatrie gehören natürlich zu unserer Krankheit, nicht aber alle die gleich genannten Krankheiten nichtdeutscher Autoren, die einen großen Teil der aufgeregten und depressiven Formen auch anderer Psychosen, namentlich der Schizophrenie, in sich fassen. Ganz zum manisch-depressiven Irresein gehört wohl auch alles, was man als periodische Neurasthenie, sich wiederholende Dyspepsie u. dgl. bezeichnet hat; dann die anfallsweise Hypochondrie, FRIEDMANNs neurasthenische Melancholie. Die „akute" und die „periodische Paranoia" entspricht zum Teil unseren manischen und depressiven Wahnsinnsformen, zum größeren Teil allerdings schizophrenen Halluzinosen; ebenso die Mehrzahl der Amentiafälle der nicht KRAEPELINschen Einteilungen. Ein Teil der Querulanten sind Manisch-depressive oder Zyklothyme; hat man eine gute Anamnese, so sind diese leicht zu erkennen; zum Unterschied von den paranoischen Querulanten haben sie Zeiten, in denen sie sich ganz ruhig verhalten, ja den Unsinn ihres früheren Benehmens einsehen und bereuen; auch bleibt das Wahn-

system nicht einheitlich zentriert. Ein Teil der wegen Zwangsvorstellungen zum Arzt kommenden Patienten ist depressiv.

Einer besonderen Betrachtung bedarf die „Melancholie". Es ist selbstverständlich, daß sehr viele dieser Erkrankungen in den obigen Rahmen hineinpassen. Es gibt aber, wie schon angedeutet, andere Verstimmungen, und namentlich widerstrebt es, die anscheinend selbständigen Depressionen des Involutionsalters alle zusammen unter einen Hut zu bringen und dem manisch-depressiven Irresein anzuschließen. KRAEPELIN hat früher geradezu der Melancholie der Involutionszeit als Melancholie katexochen eine nosologische Selbständigkeit verliehen, die allerdings in der damaligen Abgrenzung nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Die Gründe zur Abtrennuug waren aber doch recht gewichtige: Diese Formen haben zu einem großen Teil einen viel schleppenderen Verlauf. Sie steigen ganz langsam, oft 1 bis 2 Jahre lang an, bleiben leicht mehrere Jahre auf der Höhe und brauchen wieder lange bis zum vollen Abfall. Die Hemmung wird vielfach durch eine große Unruhe überdeckt; eigentlich agitierte Formen sind häufig, wenn auch wohl seltener als bei den senilen Melancholien. Dann rezidivieren sie viel weniger als die andern. Einmalige Erkrankungen sind gerade hier etwas recht Gewöhnliches. Allerdings kann man, wenn man will, die Sache so auffassen, daß eben mit dem Alter und ganz besonders in der Involutionszeit die Disposition zu depressiven Anfällen und zu agitierten und langsam verlaufenden Formen zunehme, so daß bei leichter Veranlagung bloß in diesem Alter ein Anfall und zwar eben gewöhnlich in der beschriebenen Form eintritt. Man bekommt aber oft den Eindruck, daß es sich um etwas anderes handle, so auch bei dem sogenannten „Klimakterium virile", einer in dieser Form verlaufenden, aber meistens leichten Depression der Männer, die Ende der fünfziger, ja anfangs der sechziger Jahre auftritt, selten in die Anstalt führt, aber die Lebensfreude und Leistungsfähigkeit doch deutlich herabsetzt, meist eine andere Krankheit (Arteriosklerose!) vorspiegelt, aber in zwei bis drei Jahren restlos ausheilt. So lange wir das „Wesen" der affektiven Psychosen nicht kennen, haben nur Hereditätsforschungen Aussicht, hier Klarkeit zu bringen[1]. Jetzt ist diese Abtrennung ebenso unmöglich, wie eine innere Gruppierung der unzweifelhaft in den weiteren Rahmen zusammengehörigen Fälle.

Als sichere Ursachen des manisch-depressiven Irreseins kennen wir nur die ererbte Anlage, wobei sich die verschiedenen Formen der Krankheit vertreten können. Das eine Familienglied ist zyklothym, das andere periodisch melancholisch, das dritte zirkulär usw. Doch herrscht in manchen Familien die eine oder andere der beiden Phasen vor. Ich kannte eine Familie, in der seit fünf Generationen eine ganze Anzahl von Gliedern in der Involution sich das Leben genommen hat. Man kann annehmen, daß etwa 80 Proz. aller dieser Kranken belastet seien, wenn man den Begriff der „Belastung" nicht zu eng faßt, und zwar zu einem großen Teil so, daß sich gleichwertige Anomalien bei den anderen Familiengliedern finden.

Die Begabung der Kranken ist auffallend oft gut, namentlich auch künstlerisch, was wohl mit der Empfindsamkeit zusammenhängt. Man

---

[1] Nach SPIELMEYER in ASCHAFFENBURGs Handbuch der Psychiatrie V ist die Heredität bei klimakterischer Melancholie nur 50 Proz. gegenüber 80 Proz. bei den andern.

findet auch mehr Manisch-depressive in den höheren Ständen als in den unteren.

Dem Geschlecht nach sind etwa 70 Proz. der Kranken Frauen.

KRAEPELIN fand bei den Javanern wenig Neigung zu Depressionen, dafür mehr zu Erregungen. In den großen Irrenanstalten von Costarica mit indianischer und auf Jamaika mit schwarzer Bevölkerung rechnet man gar nicht mit Selbstmord, obschon man mir an beiden Orten erzählte, daß vor vielen Jahren einmal einer vorgekommen sei. Zu manisch-depressivem Irresein neigt offenbar die jüdische Rasse besonders stark. Auch innerhalb der nämlichen Rasse ist die Häufigkeit — ganz abgesehen von der wechselnden Abgrenzung — sehr verschieden, in der deutschen Schweiz sehr gering, in Mitteldeutschland höher.

Man nimmt auch an, daß Hirnherde Krankheiten, namentlich Wahnsinnsformen erzeugen, die wir noch zum manisch-depressiven Irresein zählen müßten. Ich bin geneigt, es zu glauben, da ich, abgesehen von den Fällen der Literatur, bei meinen spärlichen Sektionen Manisch-depressiver drei Fälle mit alten Herden gesehen habe; zwei dieser Patienten hatten ausgesprochene Wahnsinnsformen, der dritte zwar rein manische Phasen ohne jede Bewußtseinsstörung und ohne Halluzinationen, aber daneben dann und wann epileptische Anfälle und auch Delirien von deutlich epileptischem Charakter. Bei einem vierten fand sich ein Gliom, das aber wohl jüngeren Datums war als die Psychose. Bei den alltäglichen Sektionen von reiner Schizophrenie habe ich nicht so viele Hirnherde zusammengebracht. KRAEPELIN möchte allerdings einem stabilen Hirnherde nicht gerne solche Wirkungen zuschreiben.

Die einzelnen Anfälle kommen zum großen Teil von innen heraus. Der Krieg scheint sie nicht auszulösen. Doch kann man nicht zweifeln, daß sie dann und wann einmal (ich schätze etwa 10 Proz.) psychisch ausgelöst werden können; so bei einer Frau aus guter Familie, die, wahrscheinlich in einer Verstimmung, einen unbedeutenden Mann geheiratet hatte und während vieler Jahre immer wieder einen manischen Anfall bekam, sobald man den Versuch machen wollte, sie zum Manne zu entlassen — bis dieser gestorben war.

Manien kommen auch etwa nach dem Puerperium vor bei Frauen, die sonst, soweit man ihr Leben übersehen kann, keine Anfälle haben, dann als menstruelles Irresein, wo sie nur acht bis vierzehn Tage dauern. Im einen Fall meiner Beobachtung trat nicht bei jeder Menstruation ein Anfall ein, aber der Anfall kam nie ohne Menstruation.

Leichtere Depressionen sind nicht selten in der Schwangerschaft, verschwinden aber in der Regel spätestens mit der Geburt.

Die Diagnose ist gewöhnlich durch eine symptomatische Untersuchung zusammen mit einer guten Anamnese leicht zu machen. Fehlt die letztere, oder handelt es sich um einen ersten Anfall, so kann die Diagnose bloß durch Ausschluß anderer Krankheiten gemacht werden. Es gibt keine spezifischen Zeichen der Affektpsychosen; alles was bei dem manisch-depressiven Irresein vorkommt, kann auch bei anderen Krankheiten gesehen werden. Wenn man aber bei einer solchen „Verstimmung" trotz genauer Beobachtung keine spezifischen Symptome einer anderen Krankheit findet, so darf man auf manisch-depressives Irresein schließen. Da aber eine Katatonie, eine Paralyse einige Zeit ohne deutliche spezi-

fische Zeichen verlaufen können, darf man sich, mindestens in der ersten Woche, nicht sicher für das manisch-depressive Irresein entscheiden. Symptomatologisch als kataton zu benennende Zeichen sollen auch hier vorkommen; doch ist das jedenfalls selten.

Besondere Schwierigkeiten bieten die paranoiden und Wahnsinnsformen; da kann nur längere und gute Beobachtung erlauben, den Verdacht auf Dementia praecox fallen zu lassen. Dagegen ist die Unterscheidung von Paranoia, mit der die Form nicht so selten verwechselt worden war, gewöhnlich leicht durch Nachweis der Verstimmungen.

Die Mischformen werden leicht mit Dementia praecox verwechselt. Vergesse man aber nicht, daß die ausgesprochenen Formen selten sind. Manischer Stupor wird erst nach langer Beobachtung zu diagnostizieren sein, wenn nicht die Anamnese den Fall geklärt hat.

Beginnende Paralyse läßt sich durch die körperlichen Zeichen und die Unsinnigkeit der Wahnideen und durch die Liquoruntersuchung unterscheiden. Hypochondrische Ideen dürfen aber auch bei guter Intelligenz dem Arzt etwas unsinnig vorkommen, denn auch der Gesunde macht, sich hier oft recht sonderbare Vorstellungen.

Manische Aufregungen unterscheiden sich von epileptischen auch bei kurzer Untersuchung durch die Ideenflucht, die praktisch bei der Epilepsie nicht vorkommt, und durch das Fehlen der Zeichen der Epilepsie, namentlich des langsamen Gedankenverlaufs, der Unklarheit und der Spracheigentümlichkeiten.

Einige hysterische Symptome dürfen bei manisch-depressiven Anfällen vorkommen, besonders wenn sie auch in den Zwischenzeiten da sind. Ausgesprochene und andauernde, aber vereinzelte hysteriforme Symptome deuten auf eine Komplikation mit organischer oder schizophrener Krankheit. Manien, die der Hysterie angehören, gibt es wohl nicht; vielleicht aber solche Depressionen.

Eine Differentialdiagnose gegenüber psychogenen Verstimmungen ist symptomatologisch noch nicht möglich. Bei Erwägung aller Umstände, namentlich auch der Familienanamnese, wird man aber — namentlich nach der Heilung — die Diagnose meist doch mit einiger Sicherheit machen.

Behandlung. Die Disposition ließe sich etwa durch Verbot der Kinderzeugung in manisch-depressiven Familien aus der Welt schaffen. Es ist fraglich, ob das gut wäre, weil ein großer Teil dieser Familien sich trotz allem auf der Höhe hält, ja Hervorragendes leistet. Schwerkranke sollten natürlich nicht heiraten, auch nicht in den freien Intervallen; jedenfalls möchte ich niemandem raten, einen manisch-depressiven Lebensgefährten zu wählen, sind doch die Schwierigkeiten für den gesunden Teil oft größer als für den kranken. Ich muß aber konstatieren, daß es trotzdem in einzelnen Fällen sehr gut geht; die tüchtigen und liebenswürdigen Kranken gehen eben, wenn es nötig ist, dann und wann einmal zur Kur in die Irrenanstalt und können in der Zwischenzeit in solchen Fällen ausgezeichnete Genossen sein.

Auch für die Prophylaxe des einzelnen Anfalles läßt sich nicht viel tun, da er meist ohne äußeren Anlaß entsteht. Doch ist die Vermeidung von Aufregungen und Exzessen aller Art ja auch sonst gut, wenn man sie durchführen kann.

Mit ausgesprochen Manischen weiß man nichts anderes zu

machen, als sie in eine Anstalt zu schicken. Dort läuft auch der Anfall trotz aller Reizungen durch die Einsperrung am leichtesten ab. So viel als möglich wird man Anregungen fern halten; Isolierung mit Möglichkeit, sich irgendwie mit Spielereien zu unterhalten, ist die Therapie. die man, wenn immer es angeht, anwenden wird. Zum Unterschied von der Schizophrenie ist hier ein „Verkommen“ durch die Isolierung nicht zu befürchten. Geht es nicht, so ist das (bewachte) Dauerbad der beste Aufenthaltsort für den Kranken. Gelegentlich kann künstliche Ernährung nötig werden.

Ein Kreuz sind die leichteren Fälle, die in die Anstalten zu schicken man sich nicht entschließen kann. Sie haben die Neigung, ihr Vermögen, ihre Ehre, ihre Gesundheit zu ruinieren — ein Mädchen aus guter Familie kam in sechs Anfällen jedesmal gravid in die Anstalt — sie belästigen andere, querulieren, machen durch sexuelle Verhältnisse. Verlobungen u. dgl. auch andere unglücklich. Unter Umständen kann eine Bevormundung manches Unheil verhindern. Der Vormund hat aber eine schwere Stellung, und sein wirksamstes Eingreifen ist wohl, wenn er den Kranken in eine Anstalt bringen kann. Außerdem gibt es seltene Fälle, die gerade im submanischen Stadium, trotz schwierigen Auskommens mit der Umgebung, durch Unternehmungsgeist und Erfindungen ihr Vermögen gemacht haben. Im ganzen aber ist es sehr riskiert, Submanische gewähren zu lassen; sie suchen immer mehr Anregungen. und gerade solche sollte man vermeiden.

Auch für die Melancholie ist Bewachung in der geschlossenen Anstalt das Richtige. Draußen gehen viele der Kranken durch Selbstmord, ja durch Verhungern zugrunde. Aber gerade hier wird der Hausarzt es nicht immer abschlagen können, auf die Abneigung des Kranken und der Angehörigen gegen Anstaltsbehandlung Rücksicht zu nehmen. Er wird aber die Verantwortung nur auf sich laden, wenn auch die äußeren Bedingungen das rechtfertigen. Das Schwierigste ist die Suizidgefahr Da ist strenge Bewachung anzuordnen; aber es nützt nichts, dies nur allgemein zu sagen, und wenn es noch so eindringlich wäre. Man muß den Leuten vorstellen, daß mindestens zwei Wärter sich ablösen müssen. daß Wärter und Patient z. B. aufs Klosett gehen werden, und daß man auch während solchen Momenten die Bewachung durchzuführen hat; denn wenn der Patient sich das Leben nehmen will, so benutzt er gerade die Anlässe, von denen man dann sagt, „es war ja nur für einen Augenblick“. Man muß die Fenster versichern und wenn möglich ein Erdgeschoß beziehen. In leichteren Fällen kann ein Wärter, der einen ganz leichten Schlaf hat, neben dem Patienten schlafen, eventuell das Bett so stellen, daß der Kranke nur über ihn weg fortkommen könnte. Besonders gefährlich sind die Zeiten der Besserung, wo der Selbstmordtrieb wenigstens anfallsweise noch vorhanden, des Patienten Energie aber nicht mehr so stark gelähmt ist, dafür aber die Energie der Bewachung nachzulassen pflegt. Da, wo man eine kontinuierliche Bewachung nicht nötig findet, muß der Arzt den Kranken je nach den Schwankungen mehr oder weniger oft, meist täglich, sehen und sich bei der Umgebung genau über seine Verhältnisse erkundigen, um rechtzeitig eingreifen zu können.

Die Überwachung wird sehr erleichtert durch dauernde Bettbehandlung, die auch sonst bei schwerer Erkrankung indiziert ist. aber zur Grausamkeit wird bei leichteren Fällen, die die Möglichkeit und der

Bedürfnis haben, sich im Freien zu bewegen oder gar sich zu beschäftigen.

Bei Angstmelancholien wird man etwa einen Versuch machen, mit einer Opiumkur den Anfall zu kupieren: Opium oder jetzt Pantopon in steigenden Dosen innert drei oder vier Wochen bis auf 1,0 Opium (0,2 Pantopon) oder noch etwas mehr; 8 bis 14 Tage, nachdem diese Höhe der Dosis erreicht ist, geht man ebenso langsam wieder herunter, ob der Anfall besser geworden sei oder nicht. Denn wenn man dann noch nichts erreicht hat, nützt das Mittel nichts mehr, kann aber den Patienten zum Opiophagen machen.

Gegen die Schlaflosigkeit wird man dann und wann Schlafmittel (nicht Opiate) geben müssen. Der Patient, der gewöhnlich nicht essen will, ist genügend zu nähren, eventuell mit der Sonde. Gegen die häufige Verstopfung sind gelinde Laxantien anzuwenden und — was noch wichtiger ist — regelmäßige Versuche auf dem Stuhle anzuordnen.

In leichteren und beginnenden Fällen sei man vorsichtig mit „Zerstreuungen"; fast immer schaden sie; die schönste Musik kann keinen guten Einfluß haben, wenn der Patient mit Seelenschmerz darauf reagiert. Auch alle andern Arten von komplizierteren Unterhaltungen sind meist schädlich, sogar, wenn sie für den Augenblick ablenken können, da nachher ein Rückschlag zu folgen pflegt. Hier ist ein vorsichtiges Ausprobieren am Platze. Am ehesten noch ist die Wirkung durch eine Arbeit zu erreichen, die den Patienten weder geistig anstrengt, noch von ihm irgendwelche Entschlüsse verlangt. Überhaupt ist es sehr wichtig, dem Kranken bis zur weitgehenden Besserung alle Entschlüsse, auch die leichten und die, die Kleinigkeiten betreffen, abzunehmen.

Bei Graviditätsmelancholien wird oft die Frage nach Abort gestellt. Es gibt einzelne Fälle, wo der Eingriff guten Erfolg hatte. Im ganzen ist eher davor zu warnen. Die Krankheit heilt ohnedies mit der normalen Geburt, und nach dem Abort machen sich die Kranken leicht erst recht Vorwürfe.

Die manischen und die depressiven Anfälle will man seit vielen Jahren mit Brom kupieren. Es gelingt gelegentlich; doch schienen mir früher dann die Zwischenzeiten kürzer und die späteren Anfälle schwerer zu werden. Es ist aber nach einigen neueren Erfahrungen von ULRICH möglich, daß eine, nach den jetzigen Prinzipien durchgeführte Bromkur mit Salzentzug (Sedobrol) sehr günstig wirken kann. Vor frühen Entlassungen aus den Anstalten ist im Gegensatz zu den Schizophrenien zu warnen. Viele der Patienten werden draußen wieder schlimmer; macht man doch schon in den Anstalten die Erfahrung, daß sie sich verschlechtern, wenn man sie zu früh nur auf eine bessere Abteilung versetzt.

XII. Die psychogenen Erkrankungen.

Unter dem Namen der psychogenen Erkrankungen, der bei verschiedenen Schriftstellern verschiedene Bedeutung hat, faßt KRAEPELIN diejenigen Psychosen zusammen, die durch psychische Einflüsse verursacht (nicht bloß ausgelöst) werden und in Inhalt und Verlauf ab-

hängig sind von der Art der psychischen Einwirkung, so daß die klinische Gestaltung den Rückschluß auf die psychischen Ursachen zuläßt. Die Hysterie, die in gewissem Sinne auch psychogen ist, wird nicht hierher gezählt, namentlich deswegen, weil sich hier zwischen Ursache und Symptom unbekannte Zwischenglieder einfügen, die die Durchsichtigkeit des Zusammenhanges verwischen. Auch an die Paranoia muß man in diesem Zusammenhang denken; doch ist ihre Genese noch nicht klar genug und ihr Verlauf, wenn sie einmal ausgebrochen, so sehr unabhängig von psychischen Einflüssen, daß es berechtigt ist, auch ihr eine besondere Stellung anzuweisen.

KRAEPELIN unterscheidet drei Gruppen: die Tätigkeitsneurosen, Ponopathien, die durch die Tätigkeit verursacht werden (Erschöpfungs- und Erwartungsneurose), die Verkehrspsychosen, Homilopathien, das induzierte Irresein und den Verfolgungswahn der Schwerhörigen, die durch den Verkehr mit anderen Menschen entstehen, das erstere durch Aufnahme von Ideen von außen, der zweite durch falsche Reaktion auf das Benehmen anderer, und drittens die Schicksalspsychosen, Symbantopathien, Folgen schwieriger Erlebnisse: die Unfallsneurosen, die Haftpsychosen und der Querulantenwahn. Die Schicksalspsychosen umfassen den größten Teil dessen, was man sonst auch Situationspsychosen genannt hat.

1. Die Tätigkeitsneurosen (Ponopathien).

A. Die nervöse Erschöpfung.

Die nervöse Erschöpfung faßt diejenigen Krankheitszustände zusammen, „die durch übermäßig angestrengte oder zu lange fortgesetzte geistige oder körperliche Arbeit erzeugt werden". Cave: Was man sonst Neurasthenie und auch nervöse Erschöpfung nennt, entspricht nur selten dieser Definition. Der Ausdruck ist gewöhnlich nur ein Euphemismus für eine konstitutionelle Unfähigkeit, sich mit den gegebenen Verhältnissen im Leben abzufinden (Pseudoneurasthenie S. 126f.). Und auch bei den wirklichen Erschöpfungen, so weit sie zum Arzt oder gar zum Irrenarzt kommen, sind die Anstrengungen an sich fast nie die ausschlaggebende Ursache, sondern affektive Schwierigkeiten; KRAEPELIN spricht von der übermäßigen Willensspannung als verursachendem Moment. „Hier soll nur von den Krankheitszeichen die Rede sein, die bei einem sonst gesunden Menschen lediglich durch eine Steigerung der Arbeitsleistung über das zulässige Maß hinaus erzeugt werden" (KRAEPELIN). Nichtsdestoweniger spielen natürlich Anlage und disponierende Ursachen (z. B. körperliche Krankheiten) eine große Rolle, und die Abtrennung von anderen Formen der „Neurasthenie" kann in praxi meist nur eine künstliche sein.

Unter den Symptomen sind die wichtigen: Steigerung der Ermüdbarkeit, Erschwerung der geistigen Tätigkeit (subjektiv schlechtes Gedächtnis), verdrießliche, reizbare Stimmung. Neigung, alle möglichen kleinen Symptome als eine schwere Krankheit aufzufassen (ein Teil der alten Hypochonder sind Erschöpfungsneurotiker). Auf körperlichem Gebiete: Dumpfer Druck im Kopf bis zu lokalisierten Schmerzen; Ge-

fühl auch körperlicher Schwäche, Parästhesien aller Art; stark schwankender Puls, geringer Appetit und ungenügende Verdauung, in der Regel schlechter Schlaf (vgl. auch die OPPENHEIMsche Aufzählung der neurasthenischen Symptome S. 126).

Der Verlauf führt bei richtiger Behandlung in Wochen oder Monaten meist mit Schwankungen zur Heilung. Rückfälle sind natürlich nicht selten, besonders, wenn die Ursachen nicht gehoben werden können.

Die Differentialdiagnose bietet namentlich Schwierigkeiten gegenüber der Schizophrenie (wobei, abgesehen von den eigentlich schizophrenen Zeichen, die absolute oder relative Gleichgültigkeit gegenüber der Zukunft und der Behandlung sehr ins Gewicht fällt), gegenüber zyklothymen Depressionen (die Erschöpften sind Trost und Ablenkungen viel mehr zugänglich als Depressive) und beginnender Paralyse.

Behandlung: Herausnehmen aus den verursachenden Verhältnissen, Schonung (Schlaf!), aber nicht Erziehung zu ängstlichem Selbstbeobachten und andauerndem Faulenzen; psychische Beeinflussung ist trotz der psychischen Krankheitsgenese wichtig (Aufrichtung und Erziehung, ev. mit Hypnose). Bei starker Aufregung und Schlaflosigkeit wirken oft mäßige Bromdosen, namentlich abendliche, ausgezeichnet. Zur Vermeidung von Rückfällen sind, wenn immer möglich, die äußeren Verhältnisse zu regeln, wobei die Ersparung von Arbeit gewöhnlich nicht wichtig, um so bedeutsamer aber die Besserung der affektiven Situation ist.

B. Die Erwartungsneurose.

Nach einer oder mehreren schlechten Erfahrungen bei irgend einem Erlebnis (Lesen, Schreiben, Schlucken, Wasserlassen, nach Blendung durch ein lebhaftes Licht, Überraschung durch ein starkes Geräusch usw. ins Unendliche)[1] wird der in entsprechendem Sinne disponierte Patient von der Idee beherrscht, daß er die betreffende Funktion nicht mehr ausüben könne oder dabei Schmerzen leiden müsse, und diese Vorstellung wird verwirklicht; daher Lähmung eines bestimmten Bewegungskomplexes, krampfhafte Nebenbewegungen oder schmerzhafte Parästhesien. Neben dem Sprachstottern, das unter Umständen hierher zu zählen ist, hat man eine Anzahl anderer „Stotter"formen („Gehstottern", „Schreibstottern", „Harnstottern" usw.) herausgehoben; psychische Impotenz gehört natürlich auch hierher, ebenso die MOEBIUSsche Akinesia algera; ich möchte auch die zahlreichen, von KRAEPELIN hier nicht erwähnten Magenneurosen dazuzählen, wo der Patient bestimmte Speisen nicht mehr verträgt und sie vermeidet, bis er seinen Speisezetttel auf ein unerträgliches Minimum reduziert hat oder am Verhungern ist, und dann endlich durch einen energischen Rat sich überreden läßt, wieder alles zu essen — in der Regel mit gutem Erfolg.

Die Erwartungsneurose entwickelt sich meist langsamer als die traumatische Neurose, mit der sie gewisse Ähnlichkeiten hat, und läßt sich auch nicht scharf von vielen hysterischen Syndromen abgrenzen. Immerhin ist beispielsweise charakteristisch das Gehstottern gegenüber der hysterischen Abasie, indem der Erwartungsneurotiker noch den Gehversuch machen kann, dann aber erlahmt oder Schmerzen be-

[1]) Die Erwartungsneurose kann auch ein Relikt nach physischer Krankheit, z. B. einer organischen Schlucklähmung, sein.

kommt, während der Abasische gar nicht imstande ist, die Bewegung zu versuchen; dann hat die Erwartungsneurose eine „monosymptomatische Umgrenzung“, was sich auch in der häufigen Rückkehr zur vollen Norm nach Heilung des Syndroms ausdrückt. Schwer abzugrenzen ist sie auch manchmal von gewissen Phobien, an deren Wurzel sich ebenfalls nicht selten unangenehme Erfahrungen aufdecken lassen.

Als Syndrom kann der Erwartungskomplex bei beliebigen anderen Neurosen und auch bei Psychosen auftreten, ja bei Schizophrenie das Bild jahrzehntelang beherrschen, in welch letzterem Falle allerdings meist mehr als *ein* Erwartungssymptom vorhanden ist.

Sich selbst überlassen oder bei unrichtiger Behandlung pflegt sich das Leiden zu verschlimmern und unbegrenzt weiter zu dauern. Ist aber die Diagnose einmal sicher, so kann eine zielbewußte psychische Behandlung (Aufklärung, Beruhigung, Erziehung) innert einiger Wochen oder Monaten Heilung verschaffen.

2. Die Verkehrspsychosen (Homilopathien).

C. Das induzierte Irresein (folie à deux).

Es kommt vor, daß Paranoide oder Paranoiker (selten Hypomanische) Personen, mit denen sie enge zusammenleben, nicht nur ihre Wahnideen glauben machen, sondern sie so infizieren, daß diese unter Umständen selber weiter an dem Wahne bauen, jedenfalls den Widersprüchen der Wirklichkeit gegenüber blind bleiben, ähnliche Erinnerungstäuschungen und eventuell sogar Illusionen und Halluzinationen wie der zuerst Erkrankte haben und auch paranoide oder hysteriforme Aufregungen durchmachen. Man spricht dann von induziertem Irresein.

„Hysterische“ Epidemien werden nicht dazu gerechnet. Auch wenn Paranoiker mit religiösem oder sonst im Unbeweisbaren liegendem Wahn eine Gemeinde sammeln, so bezeichnet man die Induzierten höchstens in den schlimmsten Fällen als geisteskrank. — Die vom Publikum immer wieder supponierte „Ansteckungsfähigkeit“ beliebiger Geisteskrankheiten als solcher existiert natürlich nicht.

Der primär erkrankte Induzierende ist in solchen Fällen ein energischer Charakter. Die Induzierten sind meistens Blutsverwandte von ihm, seltener Ehegatten, was die Bedeutung der familiären Disposition beleuchtet; sie nehmen oft tätigen Anteil an der Ausbildung des Wahnsystems, steigern einander auch unter sich in der Entwicklung von Symptomen (gleicher psychologischer Vorgang wie bei einem Kumulativverbrechen); vor allem aber machen sie bei den krankhaften Reaktionen nach außen, dem Querulieren, Schimpfen, den Gewalttätigkeiten mit, oder sie ziehen sich gemeinsam zurück, den Kontakt mit der Welt auf das notwendigste Minimum beschränkend.

Bei rechtzeitigem Eingreifen, d. h. Trennung von dem Krankheitsherd, sind die Induzierten meist rasch zu heilen; doch gibt es Ausnahmen, die dann den Verdacht erregen, daß auch bei ihnen eine selbständige Krankheit vorliege, von der gewisse Äußerungen wie der Inhalt der Wahnideen durch Induktion bestimmt würden.

D. Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen.

Schwerhörige und Taubstumme verstehen die Umgebung häufig nicht genügend, werden deshalb reizbar und mißtrauisch und kommen mit oder ohne Aufregungen zu falscher Beurteilung der Umgebung. In einzelnen Fällen, namentlich

bei älteren Frauen, entwickelt sich daraus ein zusammenhängenderes paranoiaartiges Krankheitsbild, gewöhnlich mit Verfolgungsideen, die aber selten volle Sicherheit erlangen und meistens mehr den Charakter ängstlicher Befürchtungen tragen. Erinnerungstäuschungen, Illusionen, gelegentlich wohl auch Halluzinationen bestätigen den Wahn und vergrößern die Schwierigkeiten.

Die Krankheit verläuft unter Schwankungen chronisch und ist unheilbar, wenn auch oft durch geschicktes Benehmen der Umgebung noch zu beeinflussen.

3. Die Schicksalspsychosen (Symbantopathien).

E. Die Unfallneurosen.

Die direkt durch Hirnverletzungen entstehenden psychischen Störungen sind organisch bedingte Erkrankungen mit lokalen und allgemeinen Symptomen. Zu den letzteren gehören namentlich starke Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, leichte bis schwere epilepsieähnliche Verstimmungen und Denkunklarheiten; hinzu kommen mehr oder weniger lokalisierte Kopfschmerzen und andere Parästhesien. Diese Erkrankungen sind natürlich keine Unfall*neurosen*.

Unter dem letzteren Namen versteht man Krankheiten, die psychisch[1]) durch die Aufregung des Unfalls oder sonst infolge desselben entstehen, sich aber natürlich mit direkt traumatischen oder toxischen Einflüssen (Kohlenoxyd bei Explosionen!) kombinieren können. Kraepelin hat aus den äußerlich verschiedenen Formen vier Bilder herausgehoben, die die wichtigsten Richtungen der Verursachung und damit auch der Symptomatologie bezeichnen, natürlich aber nicht scharf getrennt werden können.

a) Die **Schreckneurose.** Diesen Namen hat der Autor jetzt beschränkt auf die namentlich von Stierlin[2]) studierten pathologischen Reaktionen auf das Erleben einer schweren Katastrophe (Erdbeben, Grubenunglück). Neben stuporösen Hemmungen entstehen verschiedene Grade und Arten von Bewußtseinstrübungen mit Aufregungen. Die Orientierung wird gestört, in leichteren Fällen tritt Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, starke Ermüdbarkeit auf, in schwereren kommt es zu deliriösen Zuständen unklaren Charakters, oft mit ganz unsinnigen Handlungen. Der Schlaf ist regelmäßig schlecht, durch schreckhafte Träume gestört. Herzklopfen und alle anderen Zeichen vasomotorischer Labilität, ferner Zittern, Schwindel, ergänzen das Bild und bleiben gewöhnlich länger als die deliriösen Zustände. Die letzteren dauern Stunden bis höchstens wenige Wochen; aber auch mehr chronische Symptome pflegen regelmäßig spätestens in einigen Monaten auszuheilen. Über die Zeit der stärksten Aufregungen besteht meistens Amnesie. Der schwerste Schreck soll unter Umständen direkt tödlich wirken können.

Der Unterschied von der Hysterie besteht nach Kraepelin darin, daß die krankhaften Erscheinungen hier nur eine übertrieben starke, aber qualitativ normale Reaktion auf schreckhafte Ereignisse bilden.

[1]) Manche, so namentlich Oppenheim, nehmen wenigstens für viele Fälle eine mehr physische Grundlage an, irgend eine Molekularveränderung des Nervensystems durch die physische oder psychische „Erschütterung", durch einen überstarken Reiz, ja man spricht geradezu von **traumatischer Reflexlähmung.**

[2]) Über psycho-neuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières am 10. März 1906. Diss. Zürich 1909 oder Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. XXV.

während die Hysterie ihre eigenen Symptome hervorbringt. Der Hysteriker hat einen Grund, krank zu sein und ganz bestimmte Symptome zu zeigen, der Schreckneurotiker nicht; deshalb die qualitativ verschiedene und namentlich auch die beliebig lange Dauer der hysterischen Reaktionen.

Heilungen der Schreckneurose erfolgen durch die Zeit bei Ruhe und beruhigenden Maßregeln, Hebung des Selbstvertrauens u. dgl.

Die **Pseudodemenz** nach Unfall s. S. 382.

b) Die meisten Unfallkranken zeigen das Bild der **traumatischen Neurose**, das Kraepelin charakterisiert als „eine depressive oder mürrische Verstimmung mit Wehleidigkeit, Willensschwäche und allerlei körperlichen, teils allgemein nervösen, teils örtlichen Krankheitserscheinungen". Die Kranken klagen regelmäßig über Denkschwierigkeiten und schlechtes Gedächtnis; bei objektiver Prüfung läßt sich aber die Störung nicht nachweisen, nur ist das Denken verlangsamt, und wenn man geistige Anstrengungen auch nur geringen Grades von den Patienten verlangt, so erscheinen rasch unerträgliche körperliche Begleiterscheinungen, die zum Teil auch sonst vorhanden sind: Schmerzen, namentlich im Kopf, aber auch anderswo, Herzklopfen mit objektiv schnellem Puls. Die gleichen Erscheinungen sehen wir bei jedem Versuch zur Arbeit und, wenigstens so lange die Kranken in Beobachtung sind, auch sonst bei Bewegungen, so daß die Patienten nur mehr untätig herumsitzen, nur langsam gehen, wobei sie nicht nur die Anstrengungen, sondern auch starkes Auftreten und jede Erschütterung vermeiden. Neben dem Heer vasomotorischer Störungen inklusive Dermographie und Schwindel quält die schwereren Fälle regelmäßig eine auch objektiv nachweisbare Schlaflosigkeit.

Fortlaufende Rechenversuche, die namentlich im Kraepelinschen Laboratorium gemacht worden sind, zeigten, daß eine eigentliche Verstärkung der Ermüdbarkeit (im Gegensatz zu organischen Hirnstörungen nicht vorhanden ist, sondern daß ein größerer Teil des Verhaltens sich aus verminderter Willensanstrengung erklärt; das Nämliche zeigte sich auch bei Registrierung motorischer Leistungen.

Für die weitere vielgestaltige Symptomatologie muß auf die Lehrbücher der Unfallkrankheiten verwiesen werden.

Die traumatische Neurose pflegt sich meistens recht lange hinzuschleppen, oder sie ist geradezu unheilbar, wenn nicht eine befriedigende Abfindung, womöglich in einer einmaligen Summe, dem Elend ein Ende macht, das im wesentlichen durch die Furcht entstanden ist, keine Entschädigung zu bekommen und dann (eventuell mit Familie) hilflos dazustehen.

c) Die **Rentenquerulanten.** Bei einzelnen Verunfallten wird der Kampf um die Rente ein aktiver; sie fühlen sich nicht nur elend, sondern glauben sich auch ungerecht behandelt und wehren sich dagegen, sowohl durch Übertreibungen und Vortäuschungen, als durch Nichtanerkennen der Entscheide und durch unaufhörliche Berufungen, in denen schließlich Beleidigungen und Drohungen nicht fehlen.

Die Rentenquerulanz ist wohl unheilbar, so lange eine Rente zu beziehen ist, und wenn sie längere Zeit gedauert hat, werden bei dem paranoiden Charakter dieser Kranken die Aussichten wahrscheinlich auch

durch eine Abfindung selten mehr viel gebessert. Da wird nur Vorbeugen helfen.

d) Die **traumatische Hysterie** kann im Rahmen der gewöhnlichen Hysterie beschrieben werden; gewisse Eigentümlichkeiten, die dem Ursprung entsprechen, sind nicht von prinzipieller Wichtigkeit.

Auffassung der Unfallsneurosen. Mit Ausnahme der Schreckneurose entspringen diese Krankheiten hauptsächlich dem „Kampf um die Rente". Eine ähnliche Bedeutung hat jetzt bisweilen die (meist unbewußte) Angst vor der Front. Bei der Unfallsneurose in Friedenszeiten ist im Vordergrund die ängstliche Vorstellung, krank und erwerbsunfähig zu sein, was einigermaßen durch eine Rente (oder Abfindungssumme) kompensiert werden könne: „wenn ich gesund werde, so fällt die Entschädigung dahin; auch kann die Krankheit wieder kommen, sie ist ja so schwer." Deshalb das beständige Aufpassen auf sich selber und das Vermeiden jeder Anstrengung zur Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit. Durch ängstliche Aufmerksamkeit lassen sich nun überhaupt gewisse Gruppen von Parästhesien, namentlich Kopfweh, dann Herzsymptome, Schlaflosigkeit, relativ leicht hervorbringen. Die ängstliche Vermeidung jeder Willensanstrengung führt zu Energielosigkeit und Denkhindernissen, so daß sich die in den Hauptkomponenten verhältnismäßig einförmige Gestaltung des Krankheitsbildes leicht verstehen läßt. Bei den Rentenquerulanten sind die Begehrungsvorstellungen im Vordergrund; die Leute sind so glücklich gewesen, „ihren Unfall" zu haben, und nun enthält man ihnen das verdiente Eigentum vor. Daraus erklärt sich die Reaktion.

Bei der Rentenhysterie müssen wir neben den Begehrungsvorstellungen noch andere krankmachende Ursachen voraussetzen, die aber ungenügend bekannt sind. Es muß wohl eine „hysterische Disposition" bestehen, wenn das Krankheitsbild zustande kommen soll; diese kann allerdings möglicherweise durch den Unfall selbst geschaffen werden.

Alle drei Formen aber müssen sich fürchten zu arbeiten, weil dadurch die Rente herabgesetzt würde. Das ist so konstant, daß ein Traumatiker, der ernstlich versucht, die Arbeit wieder aufzunehmen und so viel zu leisten, als die Umstände erlauben, immer Verdacht erwecken muß, es handle sich um eine organische Störung oder wenigstens um eine Komplikation der Neurose durch irgend ein anderes Leiden, namentlich eine Hirnverletzung.

Die Statistiken über die Häufigkeit der Unfallneurosen geben sehr verschiedene Zahlen. Sie mögen in etwa ein bis zwei Prozent aller entschädigungspflichtigen Unfälle auftreten. Mit der Art des Unfalles haben sie wenig Zusammenhang, wenn auch Traumen, die den Kopf betreffen, aus verständlichen Gründen am ehesten dazu führen. Eine wesentliche Ursache liegt in der Disposition, die bestimmte Menschen veranlaßt, auf eigene Anstrengung zu verzichten, um als Parasiten zu leben; oft ist es die Umgebung, welche systematisch die Begehrungsvorstellungen nährt, namentlich die Frau (vgl. das charakteristische Volksmärchen vom Fischer und siner Fru).

Leider ist aber auch nicht selten die Ungeschicklichkeit eines Arztes, namentlich des erstbehandelnden, die Hauptursache der Krankheit. Wenn der Arzt, statt mit allen Mitteln die positiven Suggestionen zu unterstützen, die Leute bemitleidet, sich und die Krankheit wichtig

macht, die Folgen als schwere hinstellt, lange Dauer in Aussicht nimmt, zu viel „behandelt“, ohne Zwang von der Arbeit abrät, durchblicken läßt, es können erst später noch schlimme Folgen sich zeigen usw., dann muß man sich nicht verwundern, wenn die Psychose ausbricht. Gewarnt werden muß auch vor dem nicht näher umschriebenen Rat, „sich zu schonen“, der auch bei anderen Krankheiten manchmal lange die Heilung verhindert. Ist Schonung nötig, so hat man sie genau zu dosieren wie jedes andere Mittel.

Noch schlimmer wirkt oft die Kasse mit ihren Aufsichtsorganen, die es nicht vermeidet, die Verunfallten unnötig zu ärgern und zu reizen, dumme Bestimmungen aufstellt, wie die, daß die Patienten nicht arbeiten dürfen, so lange sie Entschädigung beziehen. Es ist im Gegenteil ganz gut, wenn die Leute sich durch Arbeit etwas zur Rente hinzuverdienen und eventuell damit höher kommen als in gesunden Tagen. Oft treiben unnütze Querulierereien der Entschädigungspflichtigen die Verunfallten erst in die eigentliche Krankeit hinein. Bewährt hat sich im Durchschnitt eine möglichst rasche und definitive und etwas noble Abfindung — aber wie man sagt, auch das Gegenteil, die undiskutierbare Nichtanerkennung einer entschädigungsberechtigten traumatischen Neurose. Psychologisch sind die beiden letzteren Methoden natürlich identisch, da sie beide die Begehrungsvorstellungen aus der Welt schaffen. Für Leute, die wirklich heruntergekommen sind, bewährt sich in der Schweiz oft eine „Erholungsrente“ für Monate oder auch einmal ein Jahr; sie muß aber die definitive Abfindung darstellen.

Über die Therapie wie Diagnose und Begutachtung sind im übrigen die Lehrbücher der Unfallsheilkunde nachzulesen.

F. Die psychogenen Geistesstörungen der Gefangenen.

In der Haft werden natürlich manche Geisteskrankheiten manifest, vor allem die Dementia praecox. Einzelne werden direkt ausgelöst durch die Einsperrung, wie das Delirium tremens bei bestehendem Alkoholismus; andere werden erst in der Haft erkannt oder brechen dort aus, wie z. B. eine Paralyse, wobei ein Zusammenhang zwischen Haft und Psychose höchstens darin liegen kann, daß die latent bestehende Psychose zu den Verbrechen oder zum Sich-erwischen-lassen führte und dann in der Haft manifest wurde.

Daneben gibt es bestimmte Syndrome, die direkt durch die Haft ausgelöst werden und den Stempel dieses Ursprungs in Verlauf und Einzelsymptomen tragen. Natürlich entstehen sie auf gewissen Dispositionen, die aber recht verschieden sein können: Bei manchen Arten von Psychopathien und ausgesprochen chronischen Geisteskrankheiten (vor allem Schizophrenie, dann Epilepsie, aber auch andere) können die verschiedenen Bilder auftreten, je nach der psychischen Konstellation. Diese ist unter anderem stark von der Haftsituation abhängig. Diejenigen Syndrome, die akut eine Geisteskrankheit mimen, wie der Gansersche Komplex und der Puerilismus, sind natürlich in erster Linie Krankheiten der Untersuchungshaft; die chronischen Bilder gehören mehr der Strafhaft an.

Man kann noch nicht alle diese Formen beschreiben. Zu erwähnen sind folgende:

a), b) und c) **Übertriebene Affektreaktionen auf die Haft.** Sie entstehen meistens bald nach der Verhaftung, oft schon in den ersten Stunden, können aber auch nach längerer Einsperrung teils als Explosion des allmählich angesammelten Ärgers, teils bei Anlaß irgendeiner Reizung entstehen. Sie äußern sich besonders häufig in einem Wut- und Schimpfanfall mit blindem Zerstören (**Zuchthausknall**) oder einer ängstlichen **Depression** mit unklaren Versündigungs- und Verfolgungsideen. Diese Zustände gehen meist rasch vorüber, der Zuchthausknall gewöhnlich in wenigen Stunden. — Eine länger dauernde und gelegentlich auch

nach längerer Haft auftretende **Affektstörung** ist der **Stupor**, der einen hysteriformen Charakter hat.

d) Ein anderer Komplex, der auch am häufigsten schon in der Untersuchungshaft ausbricht, ist der **Gansersche Dämmerzustand** (s. bei der Hysterie), der psychologisch eine vom Unbewußten durchgeführte Simulation einer Geisteskrankheit darstellt.

Eine andere Art solcher Simulation ist der seltenere **Puerilismus**[1]), der einen kindischen Blödsinn simuliert; noch seltener ist das **Faxensyndrom**[2]), das den „Narren" der vulgären Auffassung darstellt.

e) Bei länger dauernder Einsperrung haben wir zunächst **psychogene Verstimmungen und Aufregungszustände** als Reaktion auf die unangenehme Situation, dann

f) eine **Querulanz** mit mehr oder weniger ausgesprochenen Wahnideen, bei der die Kranken sich ungerecht behandelt glauben und deshalb mit allen möglichen und unmöglichen Eingaben und Protesten, unter Umständen auch mit Gewalttätigkeiten reagieren.

g) Eines der häufigsten Syndrome bei längerer Einsperrung ist der **Haftkomplex**, der in ganz gleicher Weise auf den verschiedensten Dispositionen entsteht: Die Kranken glauben sich nach und nach oder in einer plötzlichen Erleuchtung mit oder ohne Halluzinationen unschuldig[3]), freigesprochen oder begnadigt. Da sie in Wirklichkeit nicht frei werden, entwickeln sie Verfolgungsideen auf die Umgebung, den Staatsanwalt, die Gerichte. Halluzinationen verschiedener Sinne, namentlich des Gehörs, auffallend häufig auch solche des Geruchs (giftige Gase werden in die Zelle geblasen) und des Geschmackes geben dem Wahn sinnliche Sicherheit; Erinnerungstäuschungen, Träume von schwerer Mißhandlung, die für wirklich gehalten werden, unterstützen sie. Der Anteil der beiden Komponenten von Befreiung und Verfolgung kann ein sehr verschiedener sein. Im einen Fall herrscht der eine Wahn vor, im andern der andere. Das Syndrom sieht einem Paranoid sehr ähnlich und ist oft erst durch den Ausgang von einem solchen mit Sicherheit zu unterscheiden. Es heilt in der Regel nach der Entlassung des Kranken aus der Strafanstalt oder nach Versetzung in die Irrenanstalt. Allerdings habe ich einmal bei einem verbrecherischen Imbezillen den nämlichen Komplex in der Irrenanstalt ausbrechen und dort bis jetzt (mehrere Jahre) stationär bleiben sehen.

Kraepelin nennt neben der Haftquerulanz als Zuchthauspsychose den „Verfolgungswahn mit lokaler Färbung" (regelmäßig mit Halluzinationen) und den von Ruedin sogenannten **„präsenilen Begnadigungswahn"**, der bis jetzt nur bei lebenslänglich Verurteilten nach langer Haft beobachtet worden ist. Da sich zum ersten meist Befreiungs- und zum zweiten Verfolgungsideen gesellen, lassen sich die beiden Zustände als durch verschiedene Umstände (und vielleicht auch Anlagen) bedingte Varianten des Haftkomplexes auffassen. Der präsenile Begnadigungswahn ist unheilbar.

Zwischen den präsenilen Begnadigungswahn und die hysterischen Dämmerzustände setzte Kraepelin den **Gefangenenwahnsinn**, den er von den anderen „Haftpsychosen im engeren Sinne" abtrennen möchte. Dieser tritt bald nach der Verhaftung auf, zeigt ein Gemisch von depressiven und Größenideen, die aber nicht fixiert werden, und leichte Bewußtseinstrübung. Er heilt nach Entlassung oder nach Versetzung in eine Irrenanstalt.

Behandlung. Die allgemeine Prophylaxe besteht natürlich in möglichster Vermeidung von Konflikten und in Beschränkung der Einzelhaft, die spezielle in verständnisvoller Berücksichtigung der Situation und der Eigentümlichkeiten der Gefangenen, die ja sozusagen alle Psychopathen in verschiedener Richtung sind. Die ausgesprochene Psychose heilt, soweit sie nicht Exazerbation eines sonst bestehenden chronischen Zustandes ist, in den akutesten Formen jedenfalls, in den meisten anderen durch Versetzung in ein besseres Milieu, das mehr Rücksicht auf die Krankheit als den „Strafzweck" nimmt (Irrenanstalt), regelmäßig. Unter-

[1]) Straeussler, Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. — Über eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen „Puerilismus" verlaufende Form. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 32. Bd. S. 1. Deuticke, Leipzig und Wien 1911.

[2]) Bleuler, Das Faxensyndrom. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 12. Jahrgang, 1910/11. S. 375.

[3]) Auch sonst wird das Verbrechen oder die Verurteilung häufig nachträglich vollständig von der Erinnerung abgesperrt.

suchungspsychosen, die den (unbewußten) Zweck haben, eine Freisprechung oder eine Sistierung wegen Geisteskrankheit zu erlangen, heilen natürlich während des Verfahrens nicht leicht. Für die spezifischen Krankheiten der Lebenslänglichen fehlt die wichtigste Bedingung der Heilung.

G. Der Querulantenwahn.

Der Querulantenwahn ist in erster Linie ein Syndrom, das bei verschiedenen Krankheiten vorkommt (bei Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein, gewissen abnormen Charakteranlagen und dann — nach unserer Auffassung — bei Paranoia). Spricht man von Querulantenwahn schlechthin, so ist der bisher paranoisch genannte Querulantenwahn gemeint. Trotzdem dieser gegenüber den anderen Paranoiaformen einige Besonderheiten aufweist, möchte ich lieber bei der früheren Auffassung KRAEPELINS bleiben und ihn bei der Paranoia behandeln, nicht nur wegen der innern Zusammenhänge, sondern auch zur Vermeidung doppelter Darstellung der recht zahlreichen gemeinsamen Züge bei beiden Krankheitsgruppen.

XIII. Die Hysterie.[1]

Der hysterische Symptomenkomplex ist eine der wichtigsten psychogenen Reaktionsformen. Charakteristisch für ihn sind einerseits psychische Störungen, wie Dämmerzustände, anderseits sogenannte körperliche Symptome wie Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien, Hyperästhesien, Reflexlosigkeit des Gaumens („Stigmata") und dann als gemischtes Syndrom die hysterischen Anfälle inklusive Schlafsucht. Gemeinsam mit den („Pseudo"-)Neurasthenien (s. S. 126) sind dem hysterischen Symptomenkomplex die Parästhesien und die abnormen Beeinflussungen der vegetativen Organe inklusive Vasomotorius.

Die psychischen und die körperlichen hysterischen Symptome, z. B. eine Kontraktur und ein Dämmerzustand, scheinen zunächst keine direkte Zusammengehörigkeit zu haben. Dennoch kann man einen abgrenzbaren Begriff nur auf alle die genannten Symptomenkomplexe zusammen aufbauen, denn sie werden durch gleiche Reaktionen bei gleich disponierten Leuten erzeugt; und während zwar die psychischen Erscheinungen allein vorkommen können, sind neben den körperlichen immer wenigstens andeutungsweise gleichgerichtete psychische Anomalien vorhanden.

Der hysterische Symptomenkomplex benutzt Mechanismen, die in jedem Menschen vorhanden sind; es ist deshalb denkbar und kommt z. B. jetzt im Kriege häufiger vor, daß bei sehr starker oder lang andauernder Einwirkung einer pathogenen Situation auch einmal ein Normaler ein hysterisches Syndrom produziere (MOEBIUS: „Ein wenig hysterisch ist sozusagen ein jeder"). In ausgesprochener Weise kann er auf den verschiedensten Dispositionen entstehen, weswegen er viele andere Krankkeiten gerne begleitet und kompliziert, so vor allem die organischen Störungen des Nervensystems, die Epilepsie, die Schizophrenie. Die selbständige Krankheit „Hysterie" ist der hysterische Symptomenkomplex, entstanden auf einer Disposition, die nicht den Krankheiten sui generis zugerechnet wird.

Körperliche Symptome. Der Ausdruck „körperlich" hat in der Symptomatologie der Hysterie wie der übrigen Neurosen eine andere Bedeutung als

---

[1]) Vergl. die Bemerkungen über die „Neurosen" S. 125 f. Genaueres über Hysterie namentlich in LEWANDOWSKY, Die Hysterie. Berlin, Julius Springer, 1914, oder BINSWANGER, Die Hysterie, Wien 1904, Hölder. Die letztere Darstellung rechnet zum Unterschied von der unserigen noch mit krankhafter Affektion verschiedener Hirnzentren. Vergl. in bezug auf die letzte Frage BINSWANGER, Hysterosomatische Krankheitserscheinungen bei Kriegshysterie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 38.

sonst. Es handelt sich bei den hysterischen Anästhesien um reine Absperrung von ankommenden Reizen nicht einmal aus der Psyche, sondern aus dem momentanen Bewußtsein (etwa wie wenn wir bei Aufmerksamkeit auf einen Vorgang einen andern nicht wahrnehmen), und bei den veränderten Organfunktionen um psychische Beeinflussung dieser Organe, wie der Schmerz Tränen hervorbringt, Scham erröten macht, Angst die Darmtätigkeit anregen kann, d. h. um Dinge, die man in anderem Zusammenhang psychisch nennt, am besten aber als „psychogene Körpersymptome" bezeichnet.

CHARCOT und seine Schule haben angenommen, daß eine Anzahl körperlicher Symptome, namentlich die Anästhesien und mangelnder Gaumen- und Lidreflex, dauernde Symptome der Hysterie (nicht der hysterischen Anlage) seien, und sie deshalb als „Stigmata" der Hysterie bezeichnet in der Meinung, daß man an ihnen das Bestehen einer Hysterie erkennen könne, auch wenn keine anderen Symptome vorhanden wären; und auch in Deutschland gibt es jetzt noch Autoren, die eine Hysterie ausschließen wollen, sobald jene fehlen. Das ist zweifellos falsch. Wer sich hütet, bei der Untersuchung suggestiv einzuwirken, findet die Stigmata selten; aber das Vorhandensein von psychogenen Anästhesien beweist natürlich eine große Auto-Suggestibilität und damit die Möglichkeit oder die Wahrscheinlichkeit, daß auch andere psychogene Symptome vorhanden seien. — Man hat auch von psychischen Stigmata gesprochen und verstand darunter die zur Hysterie führenden psychischen Eigentümlichkeiten, namentlich die affektive Labilität; dies hätte natürlich eher einen Sinn — wenn wir nur die Disposition zur Hysterie in Wirklichkeit abgrenzen könnten von anderen nervösen Dispositionen.

Der psychische Ursprung der An- und Hyperästhesien wird u. a. dadurch bewiesen, daß sie in ihrer Begrenzung den anatomischen Vorstellungen des Patienten entsprechen. Eine Hand, ein Vorderarm, eine Manschette, eine Seite mit genauer Abgrenzung in der Mittellinie ist anästhetisch; und all das muß unter gewöhnlichen Umständen gar nicht die Folgen organischer Anästhesie haben: trotz Anästhesie und Analgesie der Hand verletzen die Kranken sich nicht (vgl. als Gegensatz die Morvansche Krankheit) und können feine Arbeiten machen; kinästhetische Anästhesie macht hier keine Ataxie; ja die Patienten wissen von der Störung meist gar nichts, bis die ärztliche Untersuchung sie darauf aufmerksam macht (außer wo die Anästhesie einen direkten Zweck hat, wie bei einzelnen traumatischen Formen). Die anderen Folgen von Reizung in anästhetischen Gebieten sind sehr verschieden; die Schmerzreaktion der Pupille bleibt meist erhalten, die reflektorischen Veränderungen des Blutdruckes können fehlen, sogar Schock durch schwere Reizung der anästhetischen Abdominalorgane soll ausbleiben können; Analgesie ist oft mit geringer oder fehlender Blutung bei kleineren Verletzungen und mit Erhöhung des galvanischen Hautwiderstandes verbunden; dagegen sind die Hautreflexe meist nicht alteriert, besonders die dem Willen unzugänglichen, wie der Kremasterreflex. Auch die Schleimhautreflexe verhalten sich verschieden (beim Würgreflex scheint der Ausfall beim Gesunden und beim psychogen Kranken ebensosehr von der Art der Untersuchung abzuhängen wie von der Reaktionsweise des Untersuchten). Daß die Symptome unter psychischen Einflüssen in Intensität und Extensität leicht wechseln, ist nach dem Obigen selbstverständlich.

Die Anästhesien können beliebige Qualitäten (Getast, Wärme,

Schmerz, Gesicht, Geschmack usw.) betreffen, nicht gerade häufig alle zusammen. Neben Amaurosen, meist monokular und mit erhaltener Pupillenreaktion, kann Farbenblindheit oder Farbeneinschränkung vorkommen. Charakteristisch für den psychogenen Ursprung ist namentlich das „röhrenförmige Gesichtsfeld", dessen Flächengröße mit der Entfernung nicht zunimmt. Das Gehör scheint am seltensten betroffen. Wenn nicht durch die Suggestion der Untersuchung bestimmte Grenzen fixiert werden, wechseln hysterische Störungen der Sensibilität an Begrenzung und Intensität recht stark, sobald man die Proben etwas variiert (Ablenkung, verschiedenartige Kombinationen von Suggestionen).

Die lokalen Hyperästhesien bedürfen keiner Beschreibung. Besonders zu erwähnen sind allgemeine Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen (MOEBIUSsche Akinesia algera [vgl. Erwartungsneurose], Clavus, Torticollis hystericus, Neuralgien, Vaginismus, Pruritus usw.). Ein Teil der Schmerzen, wie die beim Vaginismus, sind jedenfalls auf irgendwelche Krampfzustände zurückzuführen, so auch der häufige Globus hystericus, die Empfindung einer vom Unterleib in die Kehle aufsteigenden Kugel. Valleysche Schmerzpunkte können, wie die hysterischen Zonen, den Kranken suggeriert werden. Die berühmte „Ovarie" ist wohl ein Produkt ärztlicher Eingebung.

Die Sehnenreflexe sind meist gesteigert, wenn nicht ein zufälliger Grund, wie Stupor, Erschlaffung der Beine durch lange Lähmungen u. dgl. sie herabsetzt. Die Pupillenreaktion ist in der Regel normal (doch gibt es seltene, noch nicht ganz verständliche Ausnahmen, analog den Fällen, wo Pupillen willkürlich verändert werden können).

Die Reflexe von Haut und Schleimhäuten aus sind ungemein wechselnd; unempfindliche Stellen sind gar nicht immer reflexlos.

Von motorischen Symptomen sind Paresen und Lähmungen und Kontrakturen zu erwähnen; Lähmungen natürlich wieder nicht anatomisch, sondern psychisch zusammengehöriger Muskelgruppen, also eines Gliedabschnittes, namentlich aber bestimmter Funktionen (Astasie-Abasie; Schlinglähmung); abgesehen von der Aphonie sind Sprechstörungen (Stottern) selten, häufiger irgend welche Ticks.

Von den Organfunktionen sind namentlich die sympathischen und vasomotorischen (Herz!) häufig und stark alteriert.

Vielleicht kommen auch trophische Störungen, Quaddel- bis Blasenbildungen und Blutungen vor (Stigmatisierte), jedenfalls gibt es ein psychogenes Fieber, wie u. a. die Erfahrungen der Lungenärzte mit Injektionen von aqua destillata, das für Tuberkulin gehalten wird, beweisen.

Vom Magendarmkanal aus sind neben dem Globus Anorexie und Erbrechen beliebte Symptome; es kann aber jede beliebige Funktion betroffen sein.

LEWANDOWSKY hebt hier unter dem Namen der hysterophilen Erkrankungen Syndrome hervor, die als selbständige Krankheiten nichtpsychogenen Ursprungs vorkommen, aber auch auf psychogenem Wege entstehen können, z. B. die Migräne, epileptiforme Anfälle, Asthma, Enteritis membranacea, Beschäftigungskrämpfe.

Auf rein psychischem Gebiet wären zuerst die Dauersymptome zu nennen, die zwar im wesentlichen der Disposition angehören, aber durch manifeste Hysterie noch verstärkt werden: Labilität der Affekte,

Launenhaftigkeit, Augenblicksreaktionen in allen Beziehungen mit übertriebenen Affektausbrüchen nach verschiedenen Richtungen; andere reden auch von einem hysterischen Mißtrauen, das ich noch nicht recht gesehen habe, wenn sich auch die Patienten natürlich sehr leicht gekränkt oder zurückgesetzt fühlen. Die Affektausbrüche haben meistens etwas Theatralisches; man hat das Gefühl, daß dem Aufwand von Geschrei und Tränen die wirkliche Affektkraft nicht ganz entspreche, und der von vielen bei jeder Gelegenheit angedrohte Selbstmord wird zwar oft in Szene gesetzt, aber selten durchgeführt. „Bei der Hysterie finden wir keine Berserkerwut, sondern eine, die sich mit dem Versuch begnügt, einige Töpfe zu zerschlagen oder der Gegnerin die Haare auszuraufen. Die hysterische Angst ist niemals so tief und wortlos, wie die vieler Melancholiker" (LEWANDOWSKY). Lach- und Weinkrämpfe ohne klare Motivierung sind nicht selten. Bemerkenswert ist auch, wie leicht im ganzen die Hysterischen ihre „Beschwerden" tragen; bei vielen ist es deutlich, daß sie sich in der Rolle des Kranken geradezu gefallen. Das kann so weit gehen, daß sie wirkliche Krankheiten erwerben wollen[1]), sich selbst verletzen oder sich kastrieren, amputieren lassen (furor operatorius passivus). Unter bestimmten Konstellationen können Hysterische vorübergehend oder andauernd indifferent, gefühlsarm, wie in einem affektiven Torpor erscheinen.

Bekannt ist die Suggestibilität der Hysterischen. Es gab aber eine Zeit, wo man diese Kranken als besonders renitent gegen Fremdsuggestionen bezeichnete; dafür seien sie besonders autosuggestibel. Die Wahrheit liegt eben darin, daß sie eine starke positive und eine starke negative Suggestibilität haben.

Die Aufmerksamkeit ist der Affektivität entsprechend eine sehr variable. In schwerer Erkrankung haben die Leute Mühe, sich zu sammeln. Sonst hängt dieselbe meist vom Interesse ab, kann ausgezeichnet oder auch sehr schlecht in den verschiedenen Beziehungen sein.

Das Gedächtnis wird leicht durch die Affektivität verfälscht; die nicht seltene Verbindung der Hysterie mit Pseudologia phantastica bringt eine stärkere ähnliche Störung hinein. „Zerstreutheit" bei der Aufnahme wie bei der Reproduktion beeinträchtigt die Gedächtnisfunktion. Ferner hinterlassen heftige Aufregungen manchmal, und die Dämmerzustände regelmäßig, Amnesien.

Die Intelligenz kann gut oder schlecht sein. Das Urteil wird aber oft durch die Affekte getrübt.

Die Sexualität der Hysterischen ist noch viel weniger zu beurteilen als die Anderer; wir sehen alle Extreme, namentlich auch unter den weiblichen Hysterischen viele, die beim Koitus frigid oder sogar negativ eingestellt sind, während sie psychosexuell sehr empfindsam sein können.

Die anfallsweisen Symptome schließen sich in der Regel an irgend ein affektives Ereignis an, wozu auch Körperverletzungen, namentlich entschädigungspflichtige Unfälle, gehören. In den hysterischen Dämmerzuständen, die wohl alle Zweckpsychosen sind, glauben sich die Kranken in den ausgesprochenen Fällen in einer ganz anderen Umgebung, in der Wüste, im Himmel, haben merkwürdige Aben-

---

[1]) „Der Simulant will krank scheinen, der Hysteriker krank sein."

teuer, werden von Räubern fortgeschleppt oder unter ekstatischen Wohlgefühlen in den Himmel aufgenommen usw. Oft wiederholen sie wirklich erlebte aufregende Szenen, sexuelle Attentate u. dergl. Andere Dämmerzustände erfüllen Wünsche, die das Leben nicht gewähren kann, oder schließen wenigstens eine große Unannehmlichkeit mit allem, was drum und dran hängt, aus. Es soll auch Dämmerzustände mit unzusammenhängenden Verwirrtheiten geben; jedenfalls kommen ängstliche Halluzinosen mit allerlei schreckhaften Fratzen und Tiergestalten vor, bei denen ein logischer Zusammenhang nicht gleich ersichtlich ist.

Scheinbar lauter Unsinn wird produziert beim Ganserschen Syndrom, dessen Sinn die Darstellung einer Psychose ist, oft zu dem dem Beobachter durchsichtigen Zwecke, einer Bestrafung oder wenigstens einer harten Beurteilung zu entgehen. Die Kranken machen systematisch vieles verkehrt, suchen den Schlüssel mit dem Bart nach oben oder mit dem Ring einzustecken; wenn er im Loch ist, drehen sie nach der falschen Seite; sie streichen das Zündholz mit der Holzseite an oder überall an der Schachtel, nur nicht an den Reibflächen, nennen auf die Frage, wieviel 2×3 sei: 5 oder 7 oder auch jede Zahl unter 10, nur nicht die richtige, lesen an der Uhr 12 für 6, 3 für 9, haben zwei Nasen usw.

Dem Ganserschen Syndrom verwandt ist der „hysterische Puerilismus“[1]), der in etwas unkonsequenter Weise das kleine Kind spielt und wochenlang dauern kann. Der Patient nennt sich Hänschen, spricht in Infinitiven oder gar nicht, zählt Geldstücke unbeholfen, unrichtig, höchstens nach der Stückzahl, nicht nach dem Wert; zeichnet kindliche Figuren, spielt den ganzen Tag wie ein kleines Kind, läßt sich durch jede Kleinigkeit ablenken, sucht die Mutter, nennt sich eventuell selbst 12jährig usw. Daneben macht er aber auch anderes Unrichtiges und Verkehrtes, was Kinder richtig verstehen würden, kennt seine Verwandten nicht, hat einen ganz ungenügenden Assoziationszufluß; es kann Analgesie bis zu Fehlen des Cornealreflexes bestehen. Das Syndrom ist bis jetzt hauptsächlich bei bestraften Militärpersonen beschrieben.

Symptomatologisch analog, wenn auch der äußeren Umstände wegen von halb oder ganz chronischem Verlauf ist die WERNICKEsche Pseudodemenz[2]); die Kranken, meistens Verunfallte, mimen Schwachsinn; sie wissen die einfachsten Dinge nicht zu beantworten, bringen selten einen Unsinn, wissen aber nichts, oder fühlen sich nicht sicher, brauchen kindische Ausreden, die denen der Organischen ähnlich sehen; sie wissen das Datum nicht, weil sie nicht in den Kalender gesehen haben. Auf die Frage, wieviel 5×6 sei, können sie einfach die 5 und die 6 zu 56 zusammensetzen. Beim Reihensagen machen sie leicht Fehler, stellen um, lassen Lücken. Die Merkfähigkeit ist schlecht. Daneben findet man psychogene Anästhesien oder vasomotorische Erscheinungen; sehr charakteristisch ist oft die Prüfung auf Romberg: sie lassen sich ohne Versuch des Balancierens fallen. Die Stimmung ist meist stumpf, deprimiert. Heilung erfolgt gar nicht, oder sie läßt sehr lange auf sich warten.

Auch die orientierten Dämmerzustände kommen bei der Hysterie

[1]) STRAEUSSLER: Beitr. zur Kenntnis hysterischer Dämmerzustände. Jahrb. f. Psychiatrie. Leipzig und Wien. Deuticke. 1911. S. 1.

[2]) SCHUPPIUS: Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Orig. 1914. 22. S. 554.

vor. Sie dauern oft recht lange (sogar Monate); die Kranken sind dem Charakter nach andere, handeln zwar irgendwie nach einem Plane (z. B. stehlen, reisen; hierher gehören viele **Fugues**); aber ohne Rücksicht auf Zukunft und oft im Widerspruch mit ihrem sonstigen Charakter. Sie benehmen sich dabei geordnet, fassen die Umgebung in ihren einfacheren Verhältnissen richtig auf, so daß sie gar nicht immer als Kranke auffallen. In diesen, sowie in den unklaren Dämmerzuständen können Diebstähle, Brandstiftungen und ähnliche Verbrechen begangen werden.

Die hysterischen Dämmerzustände verschiedener Art sind oft eingeleitet durch eine mehrstündige Verstimmung; sie dauern Minuten bis Tage, selten länger, und sind in der Regel von vollständiger Amnesie gefolgt.

Anschließend an Dämmerzustände oder als gleichberechtigte Erscheinungen können **Stuporzustände**, gelegentlich mit Flexibilitas cerea vorkommen. Dann sehen wir etwa **Schlafzustände** von sekunden- bis jahrelanger Dauer („Narkolepsie", wenn sie den Patienten plötzlich überfallen und nicht lange anhalten; solche Anfälle können aber auch anderer, z. B. epileptischer Natur sein). Auch reaktive Depressionen können bei Hysterie vorkommen, haben aber hier meist nur kurze Dauer (Tage, Wochen), ferner vorübergehende Angstanfälle mit körperlichen Symptomen, wie Zuschnüren im Halse, höchste Beklemmung.

Auch außerhalb der eigentlichen Dämmerzustände können einmal Vorstellungen so lebhaft werden, daß sie als **Halluzinationen** imponieren; meist handelt es sich um Gesichtsstörungen. Wo Gehörstäuschungen in größerer Ausdehnung ohne Bewußtseinsstörungen vorkommen, handelt es sich nicht um bloße Hysterie.

Hauptsächlich bei Hysterischen kommen **Wachträume** vor, die zeitweilig den Patienten so beherrschen, daß sie als pathologisch zu bezeichnen sind, weil sie ihn an der Rücksichtsnahme auf die Realität hindern.

Wie weit bloße hysterische **Wahnbildung** gehen kann, ist noch nicht zu bestimmen und jedenfalls vom psychischen Milieu abhängig. Auch in unseren Verhältnissen kann sich eine Hysterika gravid glauben, alle Zeichen der Schwangerschaft mit Ausnahme des vergrößerten Uterus, aber inklusive Kolostrum, darbieten, und ihren Mann, einen angesehenen Praktikus veranlassen, auf einen bestimmten Termin die Wochenpflegerin ins Haus zu nehmen. Wenn sie aber in ihrem Wahnkind einen Christus erwartet, wird die Patientin in Mitteleuropa eine Schizophrene sein. Ebenso sind bei uns und in unserer Zeit diejenigen Patientinnen Schizophrene, die an Stelle des Kindes eine Kröte oder eine Schlange im Leibe haben.

Man spricht auch von **hysterischer Manie, Melancholie, Verrücktheit**. Es ist möglich, daß einmal bei gewisser Behandlung das affektive Verhältnis zur Umgebung einer Verrücktheit gleichen mag; ferner verlaufen die manischen Anfälle bei Leuten, die zugleich hysteriforme Disposition haben (also bei Kombination zweier Krankheiten), mit auffallend lebhaften Gesichtshalluzinationen, die an die Hysterie erinnern; aber, was sonst so bezeichnet wird und namentlich früher alltäglich so genannt wurde, sind meiner Erfahrung nach Schizophrenien; die wenigen Male, da ich glaubte, von dieser Regel abgehen zu müssen, habe ich eine falsche Diagnose gemacht.

BINSWANGER[1]) führt den Seelenzustand bei hysterischen Psychosen auf drei Elementarstörungen zurück, von denen sehr häufig eine besonders hervortritt, so daß damit zugleich drei Typen des äußeren Bildes herausgehoben werden:

1. Krankhafte Affektreaktionen, teils übermäßige Intensität oder Dauer der Gefühlsausbrüche (Schreikrämpfe, Zerstören); teils Verstimmungen ohne Anlaß, die sich direkt nicht leicht von manisch-depressiven Schwankungen unterscheiden lassen, teils Halluzinationen ohne Dämmerzustand (die Patientin sieht und hört bei klarer Erkenntnis die Gegnerin auf den Bettdecken). Diese Formen kommen ebenso wohl als einfache Reaktionen wie auf „degenerativer" Grundlage vor. Die letztere trägt meistens moralische Defekte verschiedener Art in das Krankheitsbild hinein.

2. Erhöhte Suggestibilität, mehr gegenüber eigenen Vorstellungen als gegenüber fremden Einflüssen. Einer Patientin wird in Erinnerung gebracht, daß sie einmal von einem Hunde ins Bein gebissen wurde; darauf stundenlange Schmerzen im Bein und Steifigkeit desselben für Wochen. Die Autosuggestionen beziehen sich mehr auf den Zustand als auf die Handlungen der Kranken.

3. Veränderungen des Bewußtseinszustandes mit oder ohne affektive Ursachen. Wachträume, Bewußtseinslücken, hypnoide Dämmerzustände, partielles Wachbewußtsein, Wandertrieb (eventuell mit verbrecherischen Handlungen), konvulsive Anfälle. — BINSWANGER nimmt an, Hysterie könne in Psychosen im engeren Sinne übergehen oder von ihnen kompliziert werden.

Als hysterische Anfälle bezeichnet man allgemeine motorische Erscheinungen mit allerlei Bewegungen (nicht Krämpfe einzelner Muskeln), Faxen, Starrezustände; der Kreisbogen mit Aufliegen auf Kopf und Ferse ist beliebt (in einem Falle habe ich ihn gesehen mit habituellem Aufliegen auf dem konvexen Teil des Bauches, so daß die Patientin sich dabei schaukeln konnte wie ein Wiegenmesser). Neben den mehr oder weniger inkoordinierten Bewegungen findet man häufig stärker oder schwächer versteckte und karikierte Darstellungen irgendwelcher Erlebnisse oder Wünsche, so daß solche Anfälle eigentlich ebensogut zu den Dämmerzuständen zu zählen wären. Von Fall zu Fall haben die Erscheinungen keinen bestimmten Charakter, dagegen können bei der nämlichen Patientin die einzelnen Anfälle unter sich genau gleich sein. Sie können beliebig lange dauern, sich beliebig wiederholen (tausend und mehr an einem Tage), affizieren aber den Puls und das Allgemeinbefinden auffallend wenig.

Neben solchen motorischen Anfällen gibt es auch bloße Ohnmachten oder Schwindelzustände, die wohl mehr vasomotorischen Ursprunges sind.

Noch mehr als bei anderen Neurosen ist hier der Schlaf sehr launisch, bald fehlend, bald sehr gut oder übertrieben, bald zur Unzeit eintretend.

Hysterische Dämmerzustände. 42jährige Buchhalterin. Immer etwas nervös. Nicht bei der Familie erzogen. Von Verwandten „nicht verstanden", tut aber sehr viel für sie; auch sonst wohltätig. Der Bräutigam starb kurze Zeit vor der Hochzeit an Paralyse im Burghölzli. Sie blieb seitdem in Verkehr mit der Anstalt. In der letzten Zeit mußte sie einem Bruder, der sich hatte scheiden lassen und krank war, die Haushaltung führen und ihn pflegen, und auch ein diphtheriekrankes Kind pflegen. Zur Erholung reiste sie zu einer Freundin nach Deutschland, kam aber in einen Festtrubel hinein. Nachdem sie einmal gegen ihre Gewohnheit ein Glas Wein getrunken, fing sie auf einem Kirchhof an, die Gräber aufzukratzen, wußte nachher nichts davon. Bekam aber weitere unklare Zustände. Deswegen in die Klinik, wo sie zuerst zu verschiedenen Tageszeiten Anfälle bekam: Sie glaubte sich auf dem Kirchhof, hörte Tote und sah das eine Mal Erwachsene, das andere Mal Kinder. Diese kamen zu ihr, zum Teil auch ins Bett, worauf sie das Bett verließ, um ihnen nicht

[1]) Über die Bedeutung der hysterischen Psychosen. Jahreskurs für ärztliche Fortbildung 1913, 4. Jahrg. Maiheft S. 64.

unbequem zu sein. Tote Kinder riefen ihr, sie solle sie ausgraben. Während sie in den guten Zeiten von den Dämmerzuständen nichts wußte, erinnerte sie sich während der unklaren Zeiten gut an die früheren. Eine einzige Suggestion während eines Dämmerzustandes bewirkte, daß sie auch im Wachzustand sich erinnern konnte; allerdings nahm im Laufe der nächsten Woche die Deutlichkeit wieder ab. Nachher jede Nacht ein Anfall, regelmäßig zwischen zwölf und eins (Geisterstunde). Einmal rief sie den Toten, sie können alle kommen, der Saal sei ja groß genug, sie haben alle Platz; wenn alle dort seien, so komme sie auch mit. Dann: „So, jetzt sind alle da". Darauf legte sie sich nieder und schlief. In einem anderen Anfall hielt sie sich auf, daß alle Toten Unbekannte seien, die Bekannten fehlen. Durch eine einzige Hypnose wurden die Dämmerzustände kupiert, das nachher bestehende Kopfweh nur in zahlreicheren Sitzungen. Gleich die erste Hypnose war vollständig und tief gewesen. Nachdem man aber einmal eine Kranke neben ihr hypnotisiert hatte, die nicht zur tiefen Hypnose kam, war es während dieses Aufenthaltes unmöglich, auch bei ihr über diese Stufe hinauszukommen. Sie hat später verschiedene hysterische körperliche Symptome gehabt, einmal einen Tortikollis hystericus; ein Chirurg verkannte ihn als Caries, wollte die Patientin im Gipsverband einige Monate ins Bett legen, wodurch sie um ihre Stellung gekommen wäre. Einige Hypnosen heilten sie. Seit einigen Jahren gibt ihr die Christian Science Trost und relative Gesundheit.

Hysterische Körpersymptome.[1]) Ein Mädchen, das in moralisch verkommener Umgebung aufgewachsen und verschiedenen sexuellen Angriffen ausgesetzt gewesen war, litt unter vielen anderen hysterischen Symptomen an Erbrechen nach Milchgenuß. Es stellte sich heraus, daß das davon herrührte, daß ein Stallbursche, bei dem sie Milch holen mußte, sie zur receptio seminis in ore hatte zwingen wollen. Sie bekam Leibschmerzen, wenn sie in kaltem Grase saß und führte sie auf „Erkältung" zurück. Sie war aber zur Zeit eines kindlichen Abortes im kalten Grase gelegen, daher die Assoziation, die erst durch die Untersuchung aufgedeckt wurde. Sie mußte nach den Besuchen einer Freundin erbrechen: diese hatte ihr einmal erzählt, daß sie abortiert hatte. Patientin selber hatte einen Abortversuch mit Tabaksud gemacht, nach dem sie schrecklich hatte erbrechen müssen. Sie hatte oft Schmerzen im rechten Biceps „infolge von Überarbeitung" beim Glätten, „bei schlechtem Wetter": sie hatte den Arm einmal in Gewissensbissen wegen Masturbierens zwischen Bett und Mauer eingeklemmt. Die Schmerzen entstanden wirklich immer nach dem Masturbieren mit einem bestimmten Vorstellungskomplex. Alle diese wie die übrigen Symptome verschwanden dauernd (jetzt elf Jahre) nach Aufhellung der Zusammenhänge in Hypnose. Ein Teil der Angaben des Mädchens konnte durch Nachforschung und namentlich auch durch Studium seiner Gerichtsakten nachgeprüft werden und erwiesen sich ausnahmslos als vollständig richtig.

Hysterische Krampfsymptome. 20jähriges Kindermädchen, in geordneten Verhältnissen aufgewachsen. Gute Intelligenz, aber schon früh unaufrichtig und etwas launenhaft. Mit 12 Jahren Meningitis (?). Ungefähr seit dieser Zeit kleinere Diebstähle zu Hause. An zwei Stellen wegen Unehrlichkeit entlassen, dann in Paris bei einer Kupplerin, hierauf Stellungen als Kindermädchen. 17jährig hysterische Anfälle mit Krämpfen und Toben; dann wieder Stummheit und ab und zu sogar Taubheit. In der Nacht Anfälle von Lärmen und Krämpfen. Aus einer Irrenanstalt wurde sie nach drei Monaten geheilt entlassen, dann fünf Monate Lehrzeit bei einer Schneiderin, wo sie sich tadellos hielt. Als wieder Zuckungen sich zeigten, kam sie zu einer Tante, wo sie im Geschäft helfen sollte; sie trieb sich aber herum, brachte phantastische Erzählungen vor, wie sie unter Obhut von Negern ein Geheimbureau führe und dergl. Entwendete größere Summen, knüpfte ein Verhältnis mit einem jungen Manne an, dem sie ein Vermögen vorspiegelte, das aber, wie immer in solchen Fällen, zur Zeit noch in den Händen der gräflichen Tante war. Simulierte einen Raubanfall, kam in gerichtliche Untersuchung. Dann mehrere Tage lang absolute Kiefersperre und Zungenstarre, die 56 Stunden andauerte; konnte sich aber schriftlich verständigen; Zuckungen in den Gliedern. Durch wenige Hypnosen wurde man der hysterischen Symptome definitiv Meister (seit vier Jahren). Sie kam für ein Jahr in einen sehr strengen Dienst, hielt tapfer aus, lernte dann rasch die wichtigsten Bureauarbeiten und ist seit einem Jahr eine gut bezahlte Bureaulistin.

Ganserscher Zustand.[2]) 24jähriger Fuhrhalter. Verhaftet wegen Pfändungsbetrug beim Pferdehandel. Nachdem der Komplize gestanden, gibt er beim Verhör falsche Antworten, hat kein Pferd gekauft, ist Knecht, nicht Fuhrhalter, kennt seinen Familiennamen

[1]) Riklin, Der Fall H. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1905, Nr. 46.
[2]) Riklin, Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904, Nr. 23.

nicht, ist nicht verheiratet, hat keine Kinder, ist 28 Jahre alt, gibt falsche Jahrzahl an, weiß nicht, wo er ist. Bei der Aufnahme antwortet er in gleicher Weise, gibt aber zugleich auf Verlangen alles, was er in den Taschen hat, richtig ab. Später zählt er: 1, 2, 4, 7, 9, 11, usw. An der Uhr verwechselt er den großen und den kleinen Zeiger. Eine Streichholzschachtel will er durch Drücken auf der Längsseite, dann am Deckel und Boden öffnen, drückt sie schließlich ein. Interessant ist folgendes: Frägt man im Untersuchungston, so bekommt man während des Dämmerzustandes immer falsche Antworten; z. B. er sei nicht verheiratet; frägt man aber in bedauerndem, gefühlserweckendem Ton nach seiner armen, armen Frau, so ist er ebenso bestimmt verheiratet, lobt die Frau, erzählt von der Hochzeitsreise, um gleich nachher, wenn man im Untersuchungston frägt, alles wieder vergessen zu haben. Auch in solchen kriminellen Fällen kann das Gansersche Symptom eine Absperrung einer unangenehmen Situation, eine Simulation vor sich selber, nicht nur eine Simulation dem Richter gegenüber darstellen. Nach ein paar Tagen wurde Patient klar, hatte aber eine retrograde Amnesie für das Delikt und die Verhaftung. Nach Aufklärung der letzteren machte er einen Suizidversuch, dann ergab er sich in sein Schicksal.

Hysterie mit Pseudologie. 16jähriges Mädchen. Mutter Dirne, Vater Lump. Sie selbst deshalb bei fremden Leuten erzogen. Intelligenz deutlich unter mittelmäßig. Von jeher nicht ganz leicht erziehbar, wurde sie mit den Jahren trotziger, schwatzhafter, lügnerischer. Sie fing an zu erzählen, wie sie von verschiedenen angesehenen Männern mißbraucht worden sei, mit vielen Details und so bestimmt, daß fünf derselben in Untersuchungshaft kamen. Widersprüche in ihren Aussagen ließen aber bald an deren Wahrhaftigkeit zweifeln. So kam sie zur Untersuchung. Hier wiederholte sie nicht nur die Erzählungen, sondern sie fügte Neues hinzu, wie sie bei den Attentaten mißhandelt worden sei, wie man ihr Rippen gebrochen habe, wie die Angeklagten bei der Untersuchung auf eisernen Stühlen hätten sitzen müssen, die Hände auf den Rücken gebunden, wie streng jeder gestraft worden sei; wie ein Pfarrer, durch eine Anklage, die sie doch zurückgenommen habe, wegen vergifteter Bonbons ins Zuchthaus gebracht worden sei, so daß er jetzt Straßenkehrer sei. Wie sie ein Haus angezündet, dabei erwischt worden sei; in dem entstehenden Kampfe habe man ihr ein Bein gebrochen, einer Frau habe sie selbst fast ein Auge ausgeschlagen. Dabei gestaltete sie in Inhalt und Ausdruck alles nach dem Schema von Schauerromanen. Während der Untersuchung bekam sie anfangs dann und wann hysterische Absenzen: Die Augen verschleierten sich, der Blick wurde merkwürdig steif, ein paar Minuten saß sie regungslos da, um dann aufzufahren wie aus einem Schlafe und nichts von dem zu wissen, was während des Anfalles geschehen war. Die gynäkologische Untersuchung zeigte ältere Defloration. Im Laufe einiger Jahre wurde sie bedeutend besser, wenn sie auch empfindlich blieb und nicht selten Händel stiftete. Da sie wegen der Gefahr unehelicher Schwängerung wenig Hoffnung hatte, die Entlassung zu erreichen, verlangte sie schließlich beständig die Kastration. Weil man nicht darauf eingehen wollte, bekam sie vor der Periode jedesmal so heftige Ovarialschmerzen, daß man nachgeben mußte und unter Wahrung der gesetzlichen Formen die Kastration ausführte. Seitdem ist sie entschieden ruhiger und gleichmäßiger geworden und konnte zehn Jahre nach der Internierung in Privatpflege entlassen werden, wo sie sich ordentlich hält und einen Teil ihres Unterhaltes durch Arbeit verdient.

Die Prognose. Über die Heilbarkeit der Krankheit Hysterie ist man verschiedener Meinung, je nachdem man die hysterische Disposition in den Begriff einschließt oder nicht. Jedenfalls sind die Symptome alle heilbar, wenn auch nicht alle wirklich geheilt werden. Die Hysterie führt nicht zur Verblödung. Das schlimmste Hindernis der Heilung besteht dann, wenn der Patient bewußt oder unbewußt nicht geheilt werden will. Man kann eben direkt weder die ungenügende Energie so anfachen, daß der Kranke den Kampf mit dem Leben auch unter ungünstigen Umständen aufnimmt, noch kann man häufig die Situation so bessern, daß kein Grund zum Kranksein mehr besteht. Die meisten Hysterien aber werden durch die Behandlung gebessert oder von ihren Symptomen befreit. Nicht geheilt wird natürlich die Disposition, wenn sie wie gewöhnlich angeboren ist. Rezidive sind schon deswegen etwas sehr Häufiges, wobei noch andere Gründe mitwirken (das Leben läßt sich eben nicht immer nach Wunsch gestalten, besonders, wenn der Wunsch darin besteht, zu brillieren ohne anhaltende Leistung). Die Kinderhysterie

sind meistens leicht heilbar und rezidivieren im späteren Leben auffallend selten. Nicht zu vergessen ist, daß, wenn die für die Krankheit falsch angewandte Energie in richtige und den Strebungen des Patienten angemessene Bahnen geleitet wird, solche Leute mit ihrer einheitlichen Ausnutzung der Kraft mehr leisten können als Gesunde; was sie an der Tätigkeit hindert, wird einfach abgespalten, und die weitgehende Beherrschung der vegetativen Funktion durch die Psyche wird dann, statt zur Produktion von körperlichen Krankheitssymptomen verwendet zu werden, in den Dienst der neuen Aufgabe gestellt (während sie vorher nicht schlafen konnten, brauchen sie jetzt wenig zu schlafen; die Stoffwechselökonomie, die dem Hysterischen erlaubte, mit ganz geringer Nahrungsaufnahme sein Körpergewicht zu erhalten, kann in wenig anderer Anwendung zu einer sehr nützlichen Unerschöpfbarkeit der Kräfte werden).

Zur Diagnose ist erstens der Nachweis der Psychogeneität der Symptome nötig und zweitens der Ausschluß anderer Krankheiten. Letzteres kann nicht genug betont werden, da hysterische Syndrome überall vorkommen, ja geradezu durch andere Krankheiten provoziert werden können. — Der hysterische Anfall unterscheidet sich scharf vom epileptischen (s. diesen), wenn nicht einmal durch eine Hysterie ein wirklicher epileptiformer Anfall so gut wie bei einer Affektepilepsie ausgelöst wird (was allerdings noch nicht sicher konstatiert worden ist), oder wenn nicht eine Hysterische einen epileptischen Anfall bewußt oder unbewußt imitiert, was natürlich in Siechenhäusern leicht möglich ist. Die Hysterie hält sich nicht an die Phasen Tonus-Klonus, nicht an die zeitliche Beschränkung des epileptischen Anfalles. Die Bewegungen können beliebigen Charakter haben. Verletzungen kommen nur vor, wenn sie durch den Krankheitszweck gefordert werden. Babinski fehlt immer, Pupillenstarre fast immer. Der Vasomotorius macht selten mit; der Puls bleibt gut; dem Anfall kann einmal ein hysterischer Schlaf folgen, nicht aber eine Erschöpfung.

Bei den Dämmerzuständen macht das streng Systematische die Hysterie sehr wahrscheinlich; gesichert wird sie erst durch sorgfältigen Ausschluß von spezifischen Zeichen anderer Krankheiten. Man achte namentlich auch auf die vielen prompten Reaktionen Hysterischer. Wo der Dämmerzustand als solcher Zweck ist, d. h., wo eine Geisteskrankheit gespielt wird, ist oft die Relation zur Umgebung, namentlich bei Fragen, ungemein charakteristisch. Der Patient tut, wie wenn er nichts verstünde, antwortet aber unter Umständen rasch und, wenn auch falsch, so doch bestimmt, während in den meisten anderen unklaren Zuständen die Gedanken gesucht werden müssen. Oft sieht einen der Patient dabei gar nicht an, trotzdem er die Umgebung tadellos auffaßt; man kann ganz gut bemerken, daß er nicht antworten will, indem er sich trotz äußerlich entgegenkommendem, weder feindlichem noch negativistischem Benehmen gar nicht anstrengt, die Fragen zu erfassen und eine Antwort zu suchen.

Zur Abgrenzung von der Schizophrenie mögen noch einige Bemerkungen am Platze sein: Nirgends so wie hier ist im Auge zu behalten, daß das psychogene Symptom die schwerere Erkrankung nicht ausschließt. Die Begriffe läßt die Hysterie intakt und Sperrungen ohne verständliche Affektunterlage bringt sie nicht hervor. Die hysterische Gleichgültigkeit

ist sehr selten, und aus ihrer durchsichtigen Genese und ihrer Beeinflußbarkeit gewöhnlich zu unterscheiden von der schizophrenen. Steifigkeit eines ausgesprochenen Affektes wird wohl kaum je hysterisch sein. Mit dem Hysterischen hat man regelmäßig einen ausgesprochenen Gefühlsrapport, sei er positiv oder negativ. Wer in einer längeren Untersuchung dem Arzte keine tieferen Gefühle zeigt, ist kein Hysteriker.

Auf die Abwesenheit sogenannter Stigmata würde ich mit vielen andern gar nichts geben.

Dem Erfahrenen verraten sich gewisse hysterische Typen oft mit großer Sicherheit an kleinen Zeichen, die sich nicht alle aufzählen lassen. Z. B. sind Patientinnen, die gleich mit erotischem Lächeln von ihren Leiden erzählen und die Untersuchung zu einer kleinen Szene ausarbeiten, regelmäßig hysterisch.

Weitere Regeln zu geben, wäre vielleicht mehr schädlich als nützlich. Die Mannigfaltigkeit psychischer Symptome läßt sich doch nicht erschöpfen; der Arzt darf sich hier nicht auf das Gelernte verlassen, sondern er muß auf seinen eigenen Verstand, seine eigene Beobachtungsgabe und namentlich seine einfühlende Intuition abstellen, um das Psychogene vom anders bedingten abzutrennen.

Bei der Differentialdiagnose gegenüber der (Pseudo)neurasthenie handelt es sich mehr um eine systematische als eine diagnostische Abtrennung; ob man eine vorliegende psychogene Erkrankung Hysterie oder Neurasthenie nenne, ist meist gleichgültig; wenn man nur den psychogenen Ursprung der ganzen Symptomatologie kennt, so weiß man, wie man zu handeln hat (s. S. 126).

Die Auffassung der Hysterie ergibt sich nach dieser Beschreibung von selbst. Es handelt sich um eine psychische Reaktionsweise auf unangenehme Situationen, die nicht ertragen werden wollen, und vor denen man „in die Krankheit flüchtet" oder in dieselbe gedrängt wird. Sie ist also eine Geisteskrankheit so gut wie eine Paranoia, wenn auch bei ihr die sozialen und forensischen Konsequenzen, die man einer „Geisteskrankheit" zuspricht, nicht oft zu ziehen sind.

Die Hysterie wächst aus einem „Wunsch" heraus: Man entzieht sich dem Kampf ums Leben, läßt sich besorgen, wird zum Mittelpunkt der Pflege und Rücksichtsnahme; man hat ein Mittel, überhaupt das Interesse der andern auf sich zu ziehen. Wird man schlecht behandelt, so kommt die Strafe: Es geschieht dir schon recht, wenn ich krank werde. Diese Reaktionsweise wird aber nicht nur gegenüber Menschen, sondern auch gegenüber dem Schicksal eingeschlagen. Auch das einzelne Symptom kann direkt einen Wunsch erfüllen: z. B. von dieser oder jener Leistung befreit zu werden, sich eine Zeitlang vom Gatten trennen zu können oder den Geliebten sehen zu dürfen; ad hoc erscheinen die Ganserschen Dämmerzustände, welche bei Untersuchungsgefangenen durch Geisteskrankheit Straflosigkeit bewirken sollen.

Neben dieser Wunscherfüllung *durch* die Krankheit gibt es noch eine andere *in* der Krankheit: Im Dämmerzustande wird dasjenige, was man nicht will, vergessen oder als nicht existierend vorgestellt; das Gewünschte aber wird in den Halluzinationen realisiert. Es handelt sich also um direkte katathyme Erscheinungen. Ohne „Krankheitsgewinn" keine Neurose, auch wenn dem Beobachter und sogar dem bewußten Ich des Patienten selbst der Verlust viel größer erscheinen muß, als der Gewinn

Diese Genese fällt im wesentlichen zusammen mit der der Pseudo-Neurasthenie, die nur um eine kleine Nüance anders zu formulieren wäre; diese Nüance aber genauer zu definieren, ist vorläufig unmöglich. Zum Teil mag es ja an der Umgebung liegen, ob man eine Krankheit mehr zur Demonstration herausputzen, also hysterisch gestalten muß, oder ob neurasthenisches Zusammenklappen mit unscheinbaren Symptomen genüge, um den Zweck zu erreichen. Dann ist die Stärke des persönlichen Geltungsbedürfnisses wichtig, das bei der Hysterie eine viel größere Bedeutung hat als bei der Neurasthenie, also eine Charaktereigenschaft. Ferner scheint es, daß der hysterische Symptomenkomplex Ausdruck einer größeren Aktivität — ich möchte geradezu sagen Energie (in falscher Richtung) — ist; die stärker markierten und markierenden Symptome, die Aktivität in der Produktion und Demonstration derselben deuten daraufhin; und vielleicht ist auch die stärkere Neigung zu Abspaltung und die größere Suggestibilität Ausdruck der nämlichen Eigenschaft. Es würde also hauptsächlich durch die individuelle Reaktionsweise bestimmt, wie die „Neurosenwahl" ausfällt.

Die hysterogenen Motive kommen dem Patienten selten einmal unklar zum Bewußtsein, in den schwereren Fällen kaum je. Die gesamten hysterogenen Mechanismen spielen im Unbewußten, wie schon daraus hervorgeht, daß die Herrschaft unserer bewußten Persönlichkeit gar nicht so weit reicht, wie die hysterische Veränderung (Beeinflussung der Drüsen, Hervorbringen eines Dämmerzustandes)[1]). ZIEHEN sagt in diesem Sinne, die Hysterie beruhe auf „abnorm gesteigerter Wirksamkeit latent betonter Vorstellungen". Der Unterschied der Reaktionsweise gegenüber dem Gesunden ist kein prinzipieller; auch der Gesunde hat im Unterbewußten Wünsche, die seiner bewußten Persönlichkeit widerstreben und von denen in der „Psychopathologie des Alltagslebens", namentlich im Traum, sich der eine oder der andere einmal realisiert. Die hysterische Psyche überläßt das Steuer vielmehr den im Unbewußten liegenden Trieben, oder anders ausgedrückt: diese sind bei ihm relativ stärker als beim Normalen.

Natürlich gehört zu einer krankhaften Reaktionsweise in diesem Sinne eine bestimmte Disposition, die gewöhnlich (aber nicht immer) eine angeborene ist. Man hat viel von dem „hysterischen Charakter" gesprochen und ihm vieles Schlechte nachgesagt, vornehmlich Egoismus, Lügenhaftigkeit, Eitelkeit, ungezügelte Affektivität, Geilheit. An der Sache ist so viel wahr, daß die Hysteriker Affektmenschen sind, also gelegentlich sich von der Erregung des Augenblicks hinreißen lassen. Ferner wird, wie gesagt, aus verständlichen Gründen eine gewisse Neigung, sich in irgend einer Weise bemerkbar zu machen, bei Hysterischen schon in der Anlage häufiger sein als sonst. Der moralische Teil ihres Charakters kann gut oder schlecht sein, wie bei anderen Menschen; neben rücksichtslosen Egoisten treffen wir unter den Hysterikern die aufopferungsfähigsten Leute, trotzdem in der Art der Affektivität ein gewisses Hindernis altruistischer Tätigkeit liegt. Pseudologie kommt ohne Hysterie vor und noch viel häufiger Hysterie ohne Pseudologie. Weil zu beiden eine lebhafte Affektivität und eine (vorläufig nicht zu beschreibende) Eigentümlichkeit der Denkart gehört, und beide angeborene Abweichungen vom Normalen repräsentieren, kommen sie häufiger zusammen vor, als dem bloßen Zufall entspräche.

Hysterische sind für Nebenmenschen, die sie lieben, sehr aufopferungsfähig. Sie können aber auch an einer abstrakteren humanitären

[1]) Deshalb ist BABINSKIS Beschränkung der Hysterie auf seinen Pithiatismus, d. h. auf Vorstellungen, die dem (bewußten) Willen zugänglich sind, unannehmbar.

Aufgabe sich mit Eifer und Erfolg betätigen, wobei allerdings Einzelne auf Abwege geraten (Zoophilie). Manche Heilige sind, medizinisch aufgefaßt, typische Hysterische. Wenn eine Hysterika zugunsten einer Wohltätigkeitsanstalt Urkundenfälschungen begeht[1]), so wird wohl die Eitelkeit, aber nicht Egoismus mitspielen. In gewisser Beziehung ist es richtig, wenn ZIEHEN sagt, objektive Interessen seien bei Hysterie selten. Dies ist bei der Frau überhaupt der Fall, aber die Hysterische hat noch viel mehr das Bedürfnis zu einem persönlichen Verhältnis als die normale Frau.

Das Wesentliche an der hysterischen Disposition ist wohl eine starke, sehr schaltungskräftige, aber labile Affektivität. Der aktuelle einzelne Affekt herrscht als Tyrann, der keinen anderen neben sich bestehen oder aufkommen läßt und zugleich die Ideenassoziationen viel stärker in seinem Sinne dirigiert als bei Normalen. So gewinnen affektbesetzte Strebungen, seien sie bewußt oder nicht, eine besondere Gewalt, und wir bekommen in mehr oder weniger hohem Grade die nämliche Abspaltungsmöglichkeit, wie sie künstlich durch die Hypnose hervorgebracht werden kann. Die Spaltungsmöglichkeit[2]) der Persönlichkeit ist ein Charakteristikum der Hysterie: Empfindungen, die vom Bewußtsein nicht wahrgenommen werden, können doch von der Psyche benutzt werden, indem z. B. eine dem Patienten genannte, aber von ihm nicht gehörte Zahl als optische Halluzination erscheint. Im hysterischen Zustand kann man automatisch schreiben, ja predigen. Das „Unwahre" an den starken Affektäußerungen besteht wohl wie bei der Schizophrenie darin, daß abgespaltene Vorstellungen, die mit dem betreffenden Affekt im Widerspruch stehen, in der Psyche weiter bestehen und ihn so bis zu einem gewissen Grade hemmen oder doch alterieren.

Nun muß aber noch etwas hinzukommen, das Hysterische die Zuflucht gerade zur Krankheit nehmen läßt, während es ja noch andere psychische Mittel gäbe, den Schwierigkeiten zu entrinnen. Es ist allerdings zu bemerken, daß diese Ausflucht in unserem überchristlichen Zeitalter mit seiner Hätschelei der Schwachen im allgemeinen sehr nahe liegt und in vielen Familien bei der Erziehung der Kinder im Speziellen ganz besonders gezüchtet wird. Es ist aber wahrscheinlich, daß noch andere Kräfte den Hysterischen auf das Auskunftsmittel der Krankheit hinweisen, so manche intellektuelle Konstellationen, dann die Erfahrung, daß er mit seinen starken, unter Umständen auch dem Laien krankhaft übertrieben erscheinenden Affektreaktionen oft sein Ziel erreicht, und vielleicht eine gewisse Schwäche gegenüber der Idee der Krankheit. Alles das faßt KOHNSTAMM unter dem Namen des geschwächten Gesundheits-

[1]) ZIEHEN, Psychiatrie, 3. Aufl. Hirzel, Leipzig, 1908, S. 572.

[2]) Der Unterschied von der schizophrenen Spaltung läßt sich nicht in Kürze beschreiben. Er ergibt sich aus der Betrachtung der Schizophrenie. Bei dieser besteht einmal neben der affektiven Spaltung noch eine primäre oder wenigstens von den Affekten unabhängige Spaltung der Assoziationen, die z. B. zu Verfälschung einfacher Begriffe führen kann, was bei der Hysterie niemals vorkommt; aber auch die den hysterischen zu vergleichenden mehr affektiven Spaltungen sind in der Schizophrenie regelloser und schlechter begründet und massenhafter und dann doch wieder nicht so reinlich und scharf wie bei der Hysterie, so daß die ärgsten Widersprüche aktuell nebeneinander in der Psyche bestehen können. Die schizophrene Psyche ist unendlich mehr gespalten als die hysterische. Ein hysterischer Affekt nimmt die ganze bewußte Psyche in Anspruch; was ihm widerstrebt, wird total vom Bewußtsein abgespalten.

gewissens zusammen, der allein so vieles sagt, wie eine lange Auseinandersetzung, und den ich deshalb nicht missen möchte, obschon sich manche dagegen wehren, daß man den Hysterischen nun wieder diesen „Makel" anhänge. Der Einwand beruht auf einer ganz falschen Auffassung, gegen die man sich nicht genug verwahren kann. Es handelt sich nicht um einen Defekt im Sinne der „Moral" und nicht um einen Mangel der bewußten Psyche, die man verantwortlich machen und tadeln kann, und es ist ein schwerer theoretischer und namentlich praktischer Fehler, bloß auf Grund hysterischer Symptome einem Kranken vorzuwerfen, er wolle nicht gesund werden.

Bei der traumatischen Hysterie haben wir einen ganz anderen Krankheitsgewinn als bei den gewöhnlichen Formen; bei „Massenhysterien" oder „Nachahmungshysterien" liegt er noch in dem Trieb einerseits, mitzumachen und anderseits, vor dem großen Haufen etwas vorauszuhaben; bei Schulepidemien wird die Befreiung von der Schule besonders in Betracht kommen, daneben aber auch das Sichwichtigmachen, die Nachahmung alles Auffallenden.

Da die Hysterie als Krankheit einen Zweck zu erreichen hat, muß sie demonstriert werden. Es wird also das Schauspielerische, Aufdringliche ebensowohl zur Krankheit wie zur Disposition gehören; doch ist die letztere wohl das Wichtigere, denn Neurasthenische sind trotz gleicher Ziele weniger auffallend; wichtig ist ebenso Neigung zu Übertreibungen, die in der ursprünglichen Affektivität, wie in dem Krankheitszwecke liegen muß. Das Nämliche läßt sich von der Spaltung sagen; es wäre müßig, sich zu streiten, ob die Spaltung Disposition oder Folge der Krankheit sei. Jede Psyche ist bis zu einem gewisse Grade spaltbar; eine stärker spaltbare Disposition wird leicht stärker gespalten, also ceteris paribus leichter hysterisch. Eine hysterisch gewordene Psyche wird durch die Krankheit selber stärker gespalten, und last not least die hysterische Affektivität hat eine besondere spaltende Kraft.

Janet findet auch bei seinen Hysterischen die Abulie. Ich kann hier mit dem Begriff nichts anfangen und möchte nur bemerken, daß viele seiner „Psychasthenischen" mit nahezu absoluter Abulie in unserem Sinne schizophren sind.

Sexualität. Recht unklar noch ist das Verhältnis der Hysterie zur Sexualität. Darüber nur einige Andeutungen. Ein Zusammenhang ist seit Jahrtausenden angenommen worden, wie schon der Name sagt; zunächst allerdings dachte man nur im gröbsten Sinne an Unbefriedigtheit des animal sperma desiderans, dann um die Mitte des vorigen Jahrhunderts an Reizzustände, die von den (weiblichen) Genitalien ausgingen (Hauptvertreter Romberg). Aber schon vorher hatten einzelne (Lepois im 17. Jahrhundert) die Krankheit als eine Nervenkrankheit und später als eine Gehirn- resp. Geisteskrankheit aufgefaßt, und diese Ansicht griff immer mehr um sich, bis sie in den letzten Dezennien des 19. Jahrhunderts die verbreitetste wurde — wobei aber bis in die neueste Zeit für die meisten doch das Wesentliche der Hysterie in Geilheit und Lüge bestand, obgleich man sich sichtlich bestrebte, „die armen Kranken von dem Odium des sexuellen Ursprungs ihrer Leiden zu befreien."

Da tauchte aber das Sexuelle wieder in der Form der Freudschen Lehre auf, die sexuelle Jugenderlebnisse und verdrängte sexuelle Wünsche und Perversitäten an die Wurzeln der Krankheit setzte. Wie viel von den

Einzelanschauungen dieser Lehre bestehen wird, ist zurzeit noch nicht abzusehen. Sicher ist folgendes, was nicht nur für die Hysterie, sondern für die Neurosen überhaupt gilt: Ein Zusammenhang von Hysterie und Sexualität ist von jeher aufgefallen. Ob jeder spezielle Fall eine solche Wurzel habe, weiß man nicht. Die Neurosen entstehen aus inneren Konflikten und zum Teil vielleicht auch aus Konflikten mit der Außenwelt. Keine inneren Konflikte sind so häufig und unter den vorkommenden keine so leicht krankmachend wie die sexuellen. Sie sind auch fast die einzigen, die sich in der Regel teilweise oder ganz im Unbewußten abspielen, der Stelle, von der aus die Neurosen erzeugt werden. Sexuelles Unbefriedigtsein, aber nicht bloß in dem früheren physischen Sinne (man kann ausnahmsweise von einem Liebesverhältnis, von einer Ehe befriedigt sein ohne Koitus), ist ein wichtiger Faktor in der Erzeugung der Neurose. Ob nun zur Disposition für eine (chronische) Neurose unter allen Umständen auch ein solches sexuelles Moment nötig sei, ist noch nicht zu entscheiden. Auffallend ist schon, daß die ärgste Schreckwirkung ohne besondere Disposition selten über den akuten vasomotorisch-neurotischen Komplex hinausgeht, und daß man bei genauerer Untersuchung Neurotischer in der Regel[1]) sexuelle Konflikte findet, und oft die Krankheit sich von diesen aus erklären läßt. Anderseits scheint uns eine traumatische Neurasthenie (allerdings nicht Hysterie) so durchsichtig aus dem Rentenkampfe ableitbar, daß zurzeit kein Grund vorliegt, noch eine sexuelle Disposition hinzuzuziehen. Sicher ist auch, daß man Neurosen heilen kann, ohne auf die Sexualität direkt Rücksicht zu nehmen. Schafft man indessen eine befriedigende Lebensaufgabe, so ist natürlich auch ein Gegengewicht gegen Schädigungen von der Sexualität aus gegeben.

Trotzdem gewiß manche der Einzelaufstellungen Freuds der weiteren Erfahrung nicht standhalten werden, ist es sehr unrichtig, den Forscher herabzusetzen, wie es Mode wurde, und unwissenschaftlich, das Temperament dabei so viel mitsprechen zu lassen. Wie seinerzeit die fast ebenso temperamentvoll und mit zum Teil den gleichen Argumenten bekämpfte Hypnosen- und Suggestionslehre doch den ersten Teil des Fundamentes zu einer wissenschaftlichen Psychopathologie legte, so hat Freud eine ganze Menge von Grundlagen geschaffen, die jetzt schon der Wissenschaft eine ganz andere Gestalt gegeben haben — und zwar auch bei seinen Gegnern, so weit sie überhaupt auf Psychologisches eingehen. Ohne sie wäre die Psychopathologie nicht weiter gekommen. Manches von dem, was Freud brachte, ist wie bei jeder neuen wissenschaftlichen Erkenntnis nicht absolut neu, aber er erst hat es zu der Klarheit herausgearbeitet, die eine Anschauung als Grundlage für weitere Studien brauchbar macht. Dahin gehört die Rolle des Unbewußten, die prinzipielle Forderung der psychologischen Verstehbarkeit aller psychischen Symptome und die Demonstration, daß diese oft erlangt werden kann durch Beobachtung aller psychischen Zusammenhänge, auch in unbewußten Regungen, im Traum usw.; der klare Begriff der Verdrängung, der Ubiquität und der Bedeutung innerer Konflikte, die unbegrenzte Nachwirkung früherer affektiver Erlebnisse, die Übertragung des Affektes auf ihm ursprünglich fremde Vorstellungen, der intellektuelle Begriff der Verdichtung, die bessere Hervorhebung, wenn auch noch nicht volle Klarstellung der Begriffe der Konversion (Verwandlung verdrängter Affekte in körperliche Symptome), des Abreagierens, dann der Bruch mit der Gepflogenheit auch in wissenschaftlichen Dingen das Geschlechtsleben möglichst zu ignorieren, und die (wenn auch vielleicht übertriebene) Heraushebung der Bedeutung der Sexualität.

Der Weg, auf dem die Krankheit erzeugt wird, ist im Einzelnen verschieden. Viele hysterische Symptome sind zunächst nur starke Affektreaktionen (so manche Lähmungen, Szenenmacherei,

[1]) Die Kriegsfälle nehme ich wie die Traumatiker des Erwerbslebens hier aus.

Affektstupor, Ohnmachten usw.) und wären also noch nicht hysterisch zu nennen, wenn sie nicht in bezug auf Stärke und Zahl arg übertrieben oder zu Krankheitszwecken benutzt würden. Dann kommen Suggestion und Autosuggestion, welch letztere aber einen vorbereiteten Boden haben muß: der Anblick eines Hautausschlages wird den Hysterischen trotz seines Ekels nicht veranlassen, selber den Ausschlag zu bekommen, wenn dieser nicht eine bestimmte affektive Bedeutung für ihn hat, z. B. durch mancherlei Komplexe auf die väterliche Syphilis[1]). Verdrängte affektive Vorstellungen (Komplexe) wirken dabei aus dem Unbewußten. Ob mangelhaftes Abreagieren eine wesentliche Bedingung der Pathogeneität eines Komplexes sei, bleibe dahingestellt; jedenfalls schaden vielen auch nicht hysterischen Leuten Affekte nur so lange, als die entsprechende Reaktion unterdrückt wird.

Ein Teil der hysterischen Erscheinungen kann auch bloßer Assoziationsreflex sein. Haben Tuberkulininjektionen mehrfach Fieber erzeugt, so kann aqua destillata die gleiche Wirkung haben, so lange der Patient es für Tuberkulin hält. Keuchhustenanfälle schließen sich nach Abheilung der Infektionskrankheit oft noch lange an alle Situationen an, die mit dem Husten assoziiert sind. Es kann aber auch infolge bestimmter Konstellation (Affekt, Assoziationsbereitschaft usw.) auch durch ein einmaliges Erleben eine solche dauernde Verbindung geknüpft werden. Ist ein hysterischer Schmerz einmal aufgetreten, als die Patientin im nassen Grase lag, so kann er jedesmal durch das nasse Gras hervorgerufen werden, ohne daß die eigentliche Ursache sich wiederholt. Ich würde übrigens solche assoziative Wiederholungen nur dann hysterisch nennen, wenn sie im Sinne der Hysterogenese einen „Zweck" haben, resp. sich in ein hysterisches Krankheitsbild einordnen.

Daß bloßer Schreck, und wenn er noch so heftig wäre, Hysterie mache, wird in neuerer Zeit mit guten Gründen bestritten. Er kann eine Schreckneurose verursachen. Zur Hysterie in unserem Sinne wird diese erst, wenn ein Krankheitszweck daneben besteht. So möchte ich auch starke Affektreaktionen, die man bei Wilden sieht (z. B. vollständiges Starrwerden bei bloßem Klopfen an die Türe, dämmerartiger Verlust der Besonnenheit und dergl.) nicht zur Hysterie zählen. Ob man die Massenepidemien hysterisch nennen will, ist willkürlich; sie haben ja hysterische Züge, so namentlich in dem Demonstrativen; aber Krankheiten im Sinne unserer gewöhnlichen Hysterien sind sie nicht.

KRAEPELIN bringt die hysterische Disposition in Verbindung mit einem gewissen Zurückbleiben der psychischen Entwicklung. Auch Kinder (wie Naturmenschen) neigen zu ungebändigter Affektreaktion; ihr Benehmen würden wir manchmal als hysterisch bezeichnen, wenn es bei Erwachsenen vorkäme. Man nimmt auch an, daß Frauen sich in ihrer Entwicklung überhaupt weniger vom Kinde entfernen als Männer, womit es übereinstimmen würde, daß sie häufiger als die Männer an Hysterie erkranken (die Unterschiede sind nicht groß; die in der Literatur gegebenen Zahlen sind recht willkürlich und zufällig; aber auf einen hysterischen Mann werden in Friedenszeiten wohl nicht mehr als drei hysterische

---

[1]) FRIEDMANN und KOHNSTAMM, Zur Pathogenese und Psychotherapie bei Basedowscher Krankheit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 28, 1914.

Frauen kommen; jetzt erzeugen die psychischen [und physischen] Erschütterungen des Krieges viele Hysterien bei Männern).

Auch der Umstand, daß das Maximum der Erkrankungen ins 15. bis 20. Altersjahr fällt, und daß die Krankheit auf der Höhe der Charakterentwicklung sehr rasch abnimmt, läßt sich für KRAEPELINs Ansicht verwerten, vielleicht auch das Ausheilen der Kinderhysterien mit der Entwicklung, was man dahin deuten könnte, daß die Kindheit die krankhafte Disposition ersetzt hatte.

Auf Grund dieser Vorstellung unterscheidet KRAEPELIN eine Entwicklungshysterie der Kinder und der Pubertätsjahre, die sich ausgleichen kann, von der Entartungshysterie, die auf einem im Sinne der hysterischen Disposition entarteten und deshalb einer Besserung nicht zugänglichen Charakter erwachsen ist. Die traumatische Hysterie unterscheidet sich symptomatologisch nicht von den anderen Formen, gehört aber in Bezug auf Verursachung und praktische Bedeutung zu den Unfallneurosen. Immerhin kommen bei ihr Anfälle, Lähmungen und Dämmerzustände seltener vor als bei der gewöhnlichen Hysterie.

Beispiel einer traumatischen Hysterie ohne Rentenkampf: Ein Imbeziller tritt in einen Sumpf, aus dem er nicht leicht herauskommt. Seitdem kann er freiere Plätze (Zimmer, Straße) kaum mehr überschreiten. Er tappt tastend mit dem linken Fuß vor, zieht nach langem Spiel den rechten ein wenig nach. Dabei gebückte, wiegende Haltung. Balancieren mit den Armen. Sonst wenig hysterische Symptome. Behandlung hatte sehr geringen Erfolg.

Kinderhysterien sind meist monosymptomatisch.

Was das Verhältnis der Hysterie zu anderen Krankheiten betrifft, so ist auch hier zu betonen, daß der hysterische Symptomenkomplex bei jeder anderen Krankheit auftreten kann, bei vielen nicht nur als zufällige Komplikation, sondern deshalb, weil z. B. eine Tuberkulose die Widerstandskraft schwächt oder eine organische Gehirnkrankheit direkt die Disposition zur Hysterie schafft. Gewisse Krankheiten (gerade die organischen des Zentralnervensystems und die Epilepsie) verlaufen also selten ohne hysterische Symptome; diese sind dann Nebensache; die „Krankheit" ist die multiple Sklerose oder die Epilepsie. Der ungeschickte Name der Hysteroepilepsie entstammt einer Zeit, da man die Epilepsieformen auch für Neurosen ansah und die epileptiformen Anfälle nicht abgrenzen konnte. Neben den gewöhnlichen Epilepsien mit weniger auffallenden hysterischen Symptomen gibt es auch solche, die nebenbei hysteriforme Anfälle aufweisen. Ferner gibt es, wenn auch äußerst selten, Hysterien, die einen epileptiformen Anfall nachmachen oder auslösen. Das erste ist eine Epilepsie, das zweite eine Hysterie. Was man gewöhnlich Hystero-Epilepsie nannte, ist eine Hysterie mit schweren motorischen Anfällen, die fälschlicherweise den epileptischen an die Seite gestellt wurden.

Ob man andere nervöse Syndrome der Hysterie zuzählen will oder nicht, ist ziemlich willkürlich; vom praktischen Standpunkte aus wäre es sehr bequem, da die Erscheinungen sich leicht mischen. Für die wissenschaftliche Forschung ist aber bloß eine scharfe Trennung der verschiedenen Syndrome, die verschiedene Reaktionsarten der psychopathischen Anlage repräsentieren, angezeigt. Ich möchte also gegenüber LEWANDOWSKY die Angstneurose, die reaktiven Depressionen

die Neurasthenie, die Zwangsvorgänge von der Hysterie abtrennen, wobei wir uns klar sind, daß Patienten mit mehreren Symptomenkomplexen (vor allem hysterischen plus neurasthenischen) etwas ganz Gewöhnliches sind. Die Hypochondrie ist nicht einmal als Syndrom ein klarer Begriff, und dieser wird, weil leicht vermeidbar, besser nicht benutzt. Die phantastische Konstitution ist etwas ganz anderes als die hysterische; dagegen hat diese gegenüber der impulsiven keine scharfen Grenzen.

Die Behandlung. Die Disposition zur Hysterie ist in den wenigsten Fällen beeinflußbar. Wo Schwächezustände irgend welcher Art vorhanden sind, wird man sie natürlich bekämpfen. Schon eher ist denkbar die Beseitigung der Umstände, aus denen heraus die hysterischen Syndrome wuchsen oder ernährt werden. Vor allem ist, wenn immer möglich, den Kranken eine Lebensaufgabe zu schaffen, wobei nicht nur die äußeren Verhältnisse zu berücksichtigen sind, sondern auch die innern, welche den Patienten veranlaßt haben, eine Lebensaufgabe abzulehnen. Der Wille oder der Wunsch, krank zu sein, soll womöglich überkompensiert werden durch positive Strebungen, welche die Gesundheit voraussetzen.

Im übrigen kann man den Symptomen durch direkte Suggestion mit oder ohne Hypnose zu Leibe gehen; oder man kann die Suggestion larvieren in irgend welche andere Mittel oder Prozeduren, womöglich in solche, die unter den gegebenen Umständen auch wirklich eine Heilwirkung in irgend einer Nebensache haben (Klima, Höhenluft, Wasser usw.)[1]) Fühlt der Kranke sich äußerlich besser, so bekommt er die Idee, es gehe wieder. Er macht spontan oder unter geschickter Anregung Pläne für seine Zukunft, kurz, er ändert die Einstellung, so daß eine spätere Wiederherabsetzung der körperlichen Energie nicht mehr so viel schaden kann. Gegen (scheinbar) lokalisierte körperliche Symptome wird man womöglich keine Lokalbehandlung einleiten, weil man damit häufig den Patienten in der Idee, daß daselbst die Krankheit sitze, bestärkt; ebensowenig wird man sich zu Scheinoperationen herabwürdigen; Wundermittel von irgendwelchen Geheimpillen bis zu einer Wallfahrt können natürlich auch helfen. Man kann in der Form von DUBOIS' „Persuasion“ die (dem Arzt und Patienten unbewußte) Suggestion mit einer Art Erziehung und Aufklärung verbinden. Das hängt vom Geschmack des Patienten und noch mehr von dem des Arztes ab. Psychanalyse ohne oder mit Abreagieren (FRANK) heilt viele Fälle; ob dabei Suggestion zu Hilfe komme oder nicht, ist praktisch gleichgültig; jedenfalls kann sie mitwirken bei der Heilung und zugleich, geschickt angewandt, auch bei der Erziehung. Wichtig ist oft die Isolierung, oder wenigstens die Herausnahme aus der Umgebung, welche sich von den Leiden der Kranken imponieren läßt oder Mitleid mit ihnen äußert; namentlich bei schweren Hysterien der Kinder ist diese Maßregel gewöhnlich eine notwendige Bedingung der

[1]) Drogen sind als direkte Antihysterika nach Möglichkeit zu vermeiden. Sie lenken Arzt und Patient von der wahren Auffassung der Krankheit ab. Wirken sie nicht, so haben sie schon deshalb geschadet. Wirken sie zufällig, so wird die Besserung daran gebunden, und sie müssen leicht weiter genommen werden, bis eine Änderung der Vorstellung sie unwirksam macht. Daß Morphium nicht gegeben werden soll, ist selbstverständlich. Zu Nebenzwecken wird man natürlich chemische Mittel nicht ganz entbehren wollen: Brom gegen eine Schlaflosigkeit, Eisen gegen zugleich bestehende Anämie usw.

Heilung. Demgegenüber ist die zielbewußte Ignorierung, das Sichnichtimponierenlassen durch die anscheinend schwersten Symptome, ein ausgezeichnetes Mittel. Ein hysterischer Anfall und manches andere Symptom ist eigentlich eine Schaustellung. Sorgt man dafür, daß die Zuschauer sofort verschwinden, wenn die Vorstellung losgeht, so ist der ganzen Veranstaltung gewöhnlich die Lebensberechtigung abgeschnitten, und sie wird in kürzester Zeit aufgegeben.

Geht es besser, so hat eine gründliche Erziehung zu folgen, bei der eine vernünftige Lebensweise nicht vergessen werden darf, und darauf die richtige Einführung ins Leben. Was man bei der Hysterie tut, ist Nebensache; maßgebend ist nur, wie man es tut, und wie man zum Patienten steht. Der eine meint, er müsse sich deshalb mit dem Patienten anfreunden, der andere findet das gefährlich; wenn nur ein persönliches Verhältnis zum Arzte besteht: man kann den Patienten überrumpeln oder ihm imponieren oder ihn persuadieren oder ihn suggerieren; auch hier ist das Mittel Nebensache. Daß zur Psychotherapie überhaupt und zur Anwendung jedes einzelnen Mittels speziell angeborenes Talent des Arztes gehört (worin leider mancher Quacksalber dem geschulten Arzte überlegen ist), daß die ärztliche Erfahrung, die genaue Beobachtung des einzelnen Patienten und seiner Reaktionsweise und noch vieles andere, was zu sagen nicht viel nützt, ausschlaggebende Bedeutung haben, ist selbstverständlich.

Prophylaxe. Die angeborene hysterische Disposition läßt sich außer durch Vermeidung der Heiraten „neuropathischer“ Leute nicht bekämpfen; durch Krankheit oder widrige Lebenserfahrung erworbene Disposition geht meist ohne unser Zutun vorüber. Den inneren und äußeren Konflikten kann man nicht nach Belieben ausweichen; dagegen können dieselben übertönt werden dadurch, daß man ein Lebensziel schafft; der Normale allerdings braucht das nicht bewußt zu tun, und anderseits wird mancher schwere und charakterlose Psychopath keines erfassen oder keines festhalten können. Bei den Zwischenfällen aber kommt es auf die Einstellung und die Umstände an, Dinge, die man einigermaßen in der Gewalt hat. Man kann sich ein Lebensziel schaffen oder anderen eines anweisen. Jede Aufgabe ist ja interessant, sobald man nur genügend Assoziationen daran gewonnen hat. Dabei vergesse man nicht, daß die meisten Hysterischen, wie die Frauen, leichter für ganz direkt affektbesetzte Dinge, namentlich für Persönliches zu interessieren sind. Auf der andern Seite kann eine stramme Schulung des Denkens durch Beschäftigung mit erfaßbaren Wirklichkeiten der Gefühlständelei entgegenwirken. Am meisten aber ist einem erzieherischen Einfluß zugänglich das „Gesundheitsgewissen“. Wer von Jugend auf gewöhnt ist, seine Krankheitsregungen als eine Minderwertigkeit und eine Unannehmlichkeit zu behandeln, wer in der Kindheit durch Krankheit keine Vorteile, sondern immer bloß Lebenshemmungen erfährt, wird nicht so leicht eine Neurose produzieren. Man muß einen Gesundheitstrotz schaffen schon während der Kindererziehung, und wo dies versäumt wurde, soll der Arzt es so weit möglich nachholen; jener darf freilich nicht verwechselt werden mit der Gesundheitsfexerei der Psychopathen, die durch irgend ein System sich gesund erhalten wollen und dabei beständig auf Symptome von Gesundheit und Krankheit lauern.

Für die Prophylaxe bei psychopathischen Kindern gibt Ziehen folgende beherzigenswerte Regeln[1]:

„1. Völlige Enthaltung von Kaffee, Tee, Alkohol, Gewürzen und Tabak bis zur Pubertät einschließlich. 2. Überwachung des Sexuallebens. 3. Abhärtung durch kühle Abreibungen und kühle Bäder; Gewöhnung an Schmerz und Strapazen; regelmäßige Gymnastik (eventuell auch Sport). 4. Vorsichtiges Zurückhalten der Phantasieentwicklung (Überwachung der Lektüre, Vorsicht mit Alleinlassen usf.); Begünstigung aller objektiven Beschäftigungen (Sammlungen jeder Art; Bauen, Zeichnen, eventuell auch Malen nach Vorlagen oder nach der Natur; Legespiele; Freiluftspiele mit anderen Kindern usw). Die Lebensweise ist jedenfalls durch einen bestimmten Stundenplan zu regeln. 5. Der Besuch einer öffentlichen Schule ist in der Regel dem Privatunterricht vorzuziehen. 6. Bei ungünstigen häuslichen Verhältnissen (ungünstiges Vorbild der Eltern, Verwöhnung durch die Eltern usw.) ist die Erziehung außerhalb des elterlichen Hauses in einem Pädagogium oder in einer geeigneten Pension oder auf dem Lande bei einem Lehrer, Arzt oder Geistlichen anzuordnen; in schweren Fällen kommen die sogenannten Heilpädagogien (medizinische Pädagogien), wie sie Kahlbaum zuerst gegründet hat, in Betracht. 7. Gewöhnung an Gehorsam und Selbstbeherrschung auf dem Wege einer ruhigen Strenge. Leidenschaftliches Ausschelten ist fast niemals erfolgreich. Auch körperliche Züchtigungen sind selten wirksam; immerhin sind sie in demselben Umfang wie bei dem normalen Kind zulässig. Andere Strafen (Entziehung von Vergnügungen usw.) sind nicht nur erlaubt, sondern bei verständiger Anwendung in der Regel auch ausreichend."

XIV. Die Paranoia (Verrücktheit).

Da die Klinik nur selten Paranoiker vorstellen kann, mag es hier ngezeigt sein, etwas eingehendere Beispiele zur Orientierung vorauszuschicken.

Verfolgungswahn. Schlosser, geb. 1878. In der Familie Alkoholismus und igräne. Eine Schwester imbezill. Von guter Mittelintelligenz, war er von Jugend auf twas nörglerisch, empfindlich und reizbar, doch wird er auch wieder als verträglich und esellig geschildert. Er hatte oft Kopfweh, litt bis zum 17. Jahre an Bettnässen, lernte chlosser, ging zur Bahn, die er nach der Verheiratung verließ, weil er im Geschäft seines chwiegervaters mitzuhelfen gedachte. Man wollte ihn aber dort nicht haben (wirklich), orauf er ohne Empfindlichkeit zuerst auf ein Dampfschiff, dann wieder zur Bahn ging. uf dem Dampfschiff hatte er angefangen, zu viel zu trinken; er vertrug auch wenig, ar bei geringem Alkoholgenuß empfindlich und streitsüchtig. Seine sexuellen Bedürfisse sind nach der Frau launenhaft, bald stark, bald schwach. Mit den Kindern stellt r sich gut. Zur Zeit der Heirat hatte er schon geäußert, seine Kameraden gönnen ihm ie Frau nicht; später bildete er da und dort Beziehungsideen, meinte, man gebe ihm ie schlechteste Bremse, die anderen reden über ihn. Er hoffte aber, zu avancieren. Um 911 wurde er auf dem Bureau beschäftigt, wo, wie er meint, unrichtige Buchungen zu ngunsten anderer Bahnen vorkamen. Als man ihm nun einen jungen Assistenten zur ilfe gab, bekam er ein schlechtes Gewissen, der könnte alles ausbringen, und da bildete r ein zusammenhängendes Wahnsystem, in das er alle möglichen Erlebnisse einbezog. uf der einen Seite wollten ihn die Vorgesetzten befördern, anderseits gaben sie seinen ameraden, die ihn schikanierten, immer recht. Er mußte deshalb die Stellung quitieren, übernahm ein eigenes Schlossergeschäft, das er rasch ordentlich vorwärts brachte.

[1] Aus Lewandowsky, Die Hysterie. Julius Springer, Berlin 1914, S. 173.

Aber überall, wo er mit jemandem, der direkt oder indirekt mit einer Bahn etwas zu tun hatte, zusammentraf, glaubte er sich von ihm beobachtet oder verfolgt. Sogar, wenn seine Frau mit einer solchen Person etwas zu tun bekam, beschuldigte er sie der Untreue, obschon er selbst sagen muß, daß sie durchaus rechtschaffen sei. Im Militär bekam re einen Vorgesetzten, der am Nachbarsorte, dem Sitz der Bahn, wohnte, und deswegen auch in den Wahn einbezogen wurde. Als dieser ihm einmal ganz rechtmäßig befahl, das Licht zu löschen, wurde er gegen ihn tätlich und kam so zur Untersuchung 1915.

Wir sehen hier die Zentrierung um die Bahn, nachdem Patient ein schlechtes Gewissen bekommen hatte. Zugrunde lag die Spannung zwischen Ehrgeiz und Insuffizienz, wovon der beständige erfolglose Kampf gegen die Trunksucht wohl nur eine Seite darstellt.

Erotischer Größenwahn mit Verfolgungswahn. Tochter aus vornehmer, aber nicht begüterter Familie, geb. 1848, zu Hause erzogen, mit klassischer Bildung, soll je in drei Monaten das Pensum einer Gymnasialklasse erledigt haben. Beziehungen mit Gelehrten. Wollte ein bestimmtes, wichtiges Geschichtsthema bearbeiten, ließ sich aber ablenken und schrieb etwas anderes. Dann übernahm sie eine neue geschichtliche Aufgabe, die sie aber verließ, um die erkrankten Eltern zu pflegen. Dazwischen angenehmer Verkehr in Gesellschaften, mit Bekannten und Freunden. 36 Jahre alt ging sie zu einem Bruder, dessen Frau gestorben war, um ihm den Haushalt zu führen, bezahlte ihm aber die Pension, um gleichberechtigt mit ihm zu sein. Zwei Jahre später wieder in ihrer Heimat. Inzwischen hatten sich aber die weiblichen Instinkte geregt: „Ich fühlte, daß ich im Grunde sehr häuslich angelegt war; obschon ich mich wieder in Gesellschaft stürzte, wußte ich doch nicht, was mit mir anfangen". Sie wollte Krankenpflegerin werden, kam aber irgendwie mit den Vorgesetzten nicht aus. In einer gewissen Desperation ließ sie sich in eine Heirat mit einem weniger vornehmen, aber offenbar sehr feinen Manne hineintreiben. Noch 8 Tage vor der Hochzeit besprachen die zukünftigen Eheleute die Trennung. Doch wurde die Ehe geschlossen, bald indessen auch wieder gerichtlich getrennt. Als ich der Explorandin später bemerkte, daß sich ihr Mann dabei sehr nobel benommen habe, meinte sie: „Nach dem, was ich gesehen habe, ja. Nach dem, was ich später gehört und nicht beweisen kann, nein". Da Patientin Katholikin war und sie sich wieder zu verheiraten gedachte, machte ihr die Scheidung Skrupel. Sie bildete (wahrscheinlich etwas später) die Wahnidee, der Erzbischof habe ihre Ehe als nichtig erklärt. Noch bevor sie aber geschieden war, glaubte sie von hochstehenden Personen zur Ehe begehrt zu werden. Diese selber, wie andere Leute, hatten es ihr durch „Andeutungen" bewiesen. Es kam aber nichts zustande, da man Intrigen dagegen spann und anfing, sie zu verleumden. Sie wehrte sich dagegen. Man dachte an Geisteskrankheit. Ein Psychiater hatte auch, offenbar noch bei Anlaß der Scheidung, in diesem Sinne ein Gutachten abgegeben. Sie schrieb ihm, er sei ein Lump, und glaubt nun, er habe daraufhin ein zweites Gutachten abgegeben, daß sie gesund erklärte. Sie wurde dann entmündigt, hatte Angst, eingesperrt zu werden. Schon während des Prozesses floh sie einmal ins Ausland, wollte sich da von einem Psychiater begutachten lassen; als sie aber vernahm, daß er in einer Stadt bekannt sei, wo einer ihrer vermeintlichen Anbeter wohnte, war sie überzeugt, daß er sie mit Hilfe der Gerichte ausliefern wolle. Sie ging dann an eine schweizerische Universität, wo man sie als verrückt und syphilitisch und in anderen Beziehungen verleumdete, entfloh einmal, weil sie unbegründetermaßen Internierung fürchtete, an eine andere Universität, machte dort den Dr. phil. magna cum laude. Darauf suchte sie Stellungen, fand aber keine, reiste überall herum, auch in anderen Erdteilen, fühlte sich immer verfolgt, besonders, wenn sie einmal einen Brief abgesandt hatte; sie schrieb eine ihre Wahnideen enthaltende Broschüre über die deutsche Justiz. Dazwischen gehen wieder phantasierte Heiratsanträge von vornehmen Leuten und eine unendliche Menge von Verleumdungen, unterschlagenen Telegrammen, Gutachten und Aktionen höchster Persönlichkeiten, von denen allen in Wirklichkeit nichts existierte. Alles griff in freundlicher oder feindlicher Weise in ihr Schicksal ein.

Nach und nach beruhigte sich die Patientin etwas, glaubte sich aber immer von allen Leuten verfolgt, die etwas mit ihr zu tun gehabt hatten. Sie schriftstellert und schreibt bezeichnenderweise gern über geheime Gesellschaften. — Charakteristisch: Das Überwiegen der wissenschaftlichen Interessen über die erotischen, bis sie eine Haushaltung geführt und ins kritische Alter gekommen war. Erst dann bekam sie den Trieb nach eigener Haushaltung, aber zugleich auch nach Standeserhöhung; verunglückte Heirat, der keine erotischen Gefühle zugrunde lagen; Wahnideen, von hochstehenden Leuten zur Ehe begehrt zu werden, eingebildetes Scheitern einer Ehe durch Intrigen und Verleumdungen. Trotz der sehr hohen Intelligenz der Patientin und ihrer Bildung war sie durchaus unfähig, auch auf Vorhalt die unsinnigsten Wahnideen zu korrigieren, wie, daß ein Psychiater an einer ihm fremden Universität ihre Relegation verlangt habe, daß er

in Amerika durch eine Krankenschwester ohne weitere Formalitäten in eine Irrenanstalt gebracht werden könne usw. usw. Daneben war sie fähig, innert kurzer Zeit den Doctor phil. magna cum laude zu machen.

Sehr hübsch ist, wie sie die Entstehung ihrer Kombinationen aus Andeutungen selbst beschreibt: „Ich bekam die ganze Geschichte tropfenweise zu hören; bald hat der mir ein Wort gesagt, bald jener, und ich habe diese Geschichte so zusammengesetzt wie ein Mosaikbild".

Verfolgungswahn und Querulanz. Schriftsteller, geb. 1857; Gymnasialbildung; seit dem 25. Jahr Schwerhörigkeit und dann Taubheit. War an einer Zeitung, hatte ein gutes Auskommen, war den Geschwistern gegenüber generös, ersparte sich aber gar nichts. In früherer Jugend auch einige Zeichen von Leichtsinn. Seiner Studienkosten wegen hatte er, wie ein zweiter Bruder, auf das Erbe vom Vater verzichtet. Ende der neunziger Jahre wurde er empfindlicher. Er kam nicht mehr mit der Schwester, bei der er wohnte, und nicht mehr mit den Kollegen von der Zeitung aus, trat zurück, suchte sich in einer fremden Residenz eine Stellung zu verschaffen, was aber mißglückte. Machte dann abenteuerliche, wenn auch nicht großartige kaufmännische Pläne, die seiner bisherigen Beschäftigung durchaus fern lagen, und kam in Not. Nun begann ein Kampf um seine Existenz, d. h. um ein Erbe, das so groß wäre, daß er zur Not daraus leben könnte. Er suchte seinen Verzichtschein zurückzuerhalten; als der Vater ein Testament machte, in dem er ihm immerhin ein Drittel des Vermögensanteils, der ihm ohne Verzicht zugekommen wäre, vermachte, reiste er heim, machte Skandal, wollte ein anderes Testament erpressen. Das bestehende griff er unter allen möglichen Vorwänden an, behauptete, daß der Vater ihm nicht nur sein eigenes, sondern auch das Erbteil einer verstorbenen Schwester versprochen habe; entwendete dem Vater Papiere. Nach dem bald erfolgten Tode des Vaters machte ein Schwager einen Vertrag mit ihm, daß er ihm mehr auszahle, als sein Erbteil betreffe, wenn er sich zufrieden gebe und die Papiere aushändige. Patient gab aber die Papiere nicht und verlangte bald mehr (weil er aus dem Versprochenen nicht leben konnte); er beschuldigte die Schwester und den Schwager vor Gericht des Betruges, der Erpressung, der Vermögensverheimlichung, des falschen Zeugnisses und anderer Verbrechen. Da die Gerichte ihm nicht recht geben konnten, wurden auch diese angegriffen, teils in unzähligen Eingaben und Rekursen, teils in den Zeitungen; letzteres so, daß er angesehene Personen von der Ungerechtigkeit der Justiz seines Kantons überzeugte. Auch mit seinem eigenen Advokaten kam er in Prozeß, indem er ihm die Bezahlung seiner Liquidation verweigerte.

Da und dort log er allerdings; aber im ganzen glaubte er an die Gerechtigkeit seiner Sache. Daß er nichts bewies, merkte er nie. Leicht bewegte er sich im Zirkel: Der Schwager hat seinen Anteil bekommen; Beweis: Sonst hätte er nicht Skandal gemacht. Der Schwager hat Skandal gemacht; Beweis: Sonst hätte er nichts bekommen (natürlich wird der Unsinn solcher Schlüsse in einem großen Wortreichtum versteckt). Für den Zweck notwendige Tatsachen werden einfach erfunden (Gedächtnisillusionen). Die Briefe, die dem Patienten nicht passen, erklärt er als gefälscht; er weiß sogar sofort, wer sie diktiert hat.

In diesem Falle geht die Störung des Denkens bis in die Mathematik hinein. Patient ist nicht fähig, die für ihn praktisch wichtige Aufgabe zu rechnen: Wenn 6 Geschwister ein Erbe von 50000 Fr. so zu teilen haben, daß drei nur den Pflichtteil bekommen, wieviel erhält jedes? Er macht alles durcheinander mit Pflichtteil und ganzem und verwechselt dann die Begriffe so, daß immer für ihn etwas Großes herauskommt. Eine mehrtägige Diskussion kann ihn nicht belehren. Auch andere für ihn einfache Begriffe werden, wo es seinem Zwecke entspricht, unklar. So kann er Erbrecht und Kaufrecht nicht auseinander halten. Die nämlichen Vorkommnisse kann er nicht identifizieren, wenn sie ihn selbst oder einen Gegner betreffen. Seine unbewußte, aber einzig maßgebende „Logik" ist eine affektive: Er ist in Not; seine Geschwister sind besser situiert; er hatte also das Erbe viel mehr nötig als diese. Der Verstand ist nun bloß da, die Realisierung dieses Wunsches zu unterstützen. Er bildet sich Ideen ohne jeden Grund (zumeist Gedächtnistäuschungen, aber auch Voraussetzungen von Verhältnissen); was seinen Ideen widerspricht, wird einfach nicht in logische Verbindung gebracht. Er ist vollständig diskussionsunfähig. Daß das Gericht und die Geschwister ihn betrügen, steht ihm fest: alles andere folgt ihm daraus. Er kann nicht umgekehrt aus den Tatsachen das Kriminelle beweisen. Das Kriminelle ist für ihn das Axiom, von dem er ausgeht. Er kann sich auch nicht in andere hineindenken, die Beweise verlangen. Für ihn ist alles „logisch beweisbar, bewiesen, selbstevident, bedarf keines Beweises, er hat es an seinem eigenen Körper erfahren".

Nach Bevormundung und Niederschlagung seiner Klagen blieb Patient noch einige Zeit aktiv, überzeugte unter anderem einen bekannten großen Schriftsteller von der

„Tatsache, daß er bei der Psychiatrie keinen Schutz gefunden habe“, scheint sich aber nach und nach etwas beruhigt zu haben. Jedenfalls hat er, zum Unterschied von den reinen Querulanten, die gerichtlichen Akte aufgegeben. Bezeichnend ist, daß er mit Vorliebe über Machtmenschen à la Napoleon schreibt.

Fall Wagner; Größenwahn und Verfolgungswahn; vielfacher Mord und Brandstiftung[1]). In der Nacht vom 3. auf den 4. Sept. 1913 ermordete der 39 jährige Hauptlehrer Wagner seine 4 Kinder und seine Frau, die noch im Schlafe waren. zündete in der folgenden Nacht in einer anderen Gemeinde, wo er früher Lehrer gewesen war, einige Häuser an und fing an, auf die männlichen Einwohner zu schießen, von denen er 9 tötete und 11 schwer verwundete. Schon als Knabe war er rasch beleidigt, ehrgeizig, eingebildet. Später dichterische und weltverbessernde Pläne. Seine Sexualität war in bezug auf den animalischen Trieb eine starke, doch hatte er eine „Unlust“ zur Ehe und offenbar keinen Vaterinstinkt, wenn er auch seine Kinder allgemein menschlich liebte.

Sein hohes Selbstgefühl war schwer niedergedrückt worden durch jahrelangen nutzlosen Kampf gegen die Onanie. Später (1901) hatte er sich unter Alkoholwirkung zu Sodomie hinreißen lassen und bekam nun ein entsetzliches Schuldgefühl mit beständiger Angst vor Verspottung und Verhaftung, was bald Beziehungswahn und die Überzeugung zeitigte, daß die Einwohner des Dorfes von seinem Verbrechen wüßten und darüber sprächen.

Seine Anklagen gegen sich übertrug er auf die Familie; alle „Wagner“ sollten ausgemerzt werden; dann dehnte sich sein Haß auf die ganze Menschheit aus, vor allem aber auf die Einwohner seiner Gemeinde, die ihn schlecht behandelt hätten. Sich selbst beurteilte er doppelt, teils eben als diesen des Lebens unwürdigen Menschen, teils aber als ein Genie, das er mindestens den größten Dichtern gleich achtete, aber auch neben und über Nero stellte und anderseits mit Christus verglich. 1902 an einen andern Ort versetzt, genoß er 6 oder 7 Jahre lang relative Ruhe, ohne daß er allerdings jemals aufgehört hätte, sein Wahnsystem weiter auszubauen. Dann aber gingen nach seiner Meinung auch dort die Bemerkungen und Verspottungen an. Die Konsequenz war der damals schon bis in die Einzelheiten ausgebildete Plan, seine Familie umzubringen, ebensowohl aus rassenhygienischen Gründen wie aus Mitleid, und dann das Dorf, wo er zuerst geamtet hatte, anzuzünden und samt seiner heuchlerischen Einwohnerschaft zu vernichten. Die erste Notwendigkeit war ihm die Ausmerzung, die „Erlösung“ seiner Kinder; aber die Rache und Verachtung gegenüber den Dorfbewohnern beschäftigte ihn nicht weniger. Die Frau mußte er aus Mitleid aus der Welt schaffen. Für einen Menschen, wie er ist, gab es besondere Gesetze. Er hatte nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, das zu tun. Sein Plan war „Sache der Menschheit“. Vier Jahre lang verzögerte er die Ausführung der sauren Arbeit. Als er aber dann an einen dritten Ort versetzt worden war, und er sich dort gleich als Zentrum der Wirtshausgespräche fühlte, führte er sie planmäßig durch. In seinem Empfinden war er, wie in seiner Selbsteinschätzung, vollständig ambivalent: Er konnte dem Schlachten des Geflügels nie zusehen, mochte überhaupt kein Blut sehen. Auch in der Irrenanstalt war er bei Besuchen von Verwandten so weich, daß er sich dieselben verbat, und dabei hatte er die blutrünstigsten Pläne gemacht und auch ausgeführt. (Vergl. S. 411 seine Ausführungen über die Brutalität der Schwäche.)

Das moderne Krankheitsbild der Paranoia ist von KRAEPELIN geschaffen worden; es wird nach ihm charakterisiert durch „die aus inneren Ursachen erfolgende, schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht“. Man hat früher vielerlei Krankheiten mit dem Namen bezeichnet; gegen Ende des letzten Jahrhunderts glaubte man das Wesentliche der Krankheit in einer mehr oder weniger isolierten Störung der Verstandestätigkeit zu finden; da jede Wahnidee und jede Halluzination eine solche Störung repräsentiert, konnte man die meisten Geisteskrankheiten dazu zählen, was denn auch mit Vorliebe getan worden ist. Von dieser Grünen-Tisch-Vorstellung aus hatte man schließlich auch akute Formen mit Wahnideen und Halluzinationen dazu genommen. Da solche akute Syndrome meistens der Schizophrenie

[1]) Nach GAUPP, Zur Psychologie des Massenmords. I. Bd. 3. Heft der Verbrechertypen, herausgegeben von W. GRUHLE und A. WETZEL. Springer, Berlin, 1914.

angehören, die nachher leicht chronische Wahnideen zeigt, konnte die theoretische Vermengung von prinzipiell verschiedenen akuten und chronischen Zuständen am Krankenbett nicht so unsinnig erscheinen, wie sie wirklich war. Aber die Krankheitsbilder der KRAEPELINschen Paranoia und die akuten dazugezogenen Wahnsinnsformen gehören ungefähr zusammen wie ein Typhus und ein Beinbruch, die beide das Gehen erschweren und den Kranken ans Bett fesseln.

Eine bessere Entwicklung machte der Paranoiabegriff bei den Franzosen durch, die in scharfsinnigen Studien die Psychologie der Wahnformen klärten, aber die Dementia praecox nicht ausschalten konnten und Einteilungen nach der Art des Wahnes suchten.

Das Wesentliche der Paranoia ist das Wahnsystem, d. h. ein Gebäude von Wahnideen, die alle einen gewissen logischen Zusammenhang haben und keine innern Widersprüche enthalten, wenn auch die Logik nicht überall zwingend ist. Daß der Wahn dem Gesunden dennoch nicht nur ungenügend fundiert, sondern auch unsinnig erscheint, kommt hauptsächlich von den falschen Prämissen und der Absperrung der Kritik. Die Kranken werden jahraus und -ein, in welcher Ecke der Welt sie sich befinden, von einem Komplott von Leuten verfolgt, oder sie haben große Erfindungen gemacht, deren praktische Ausarbeitung und Verwertung man ihnen hintertreibt, oder sie sind Thronanwärter, Propheten usw., die ihre Ansprüche durchsetzen wollen.

Genauer bekannt sind bis jetzt nur die Verfolgten; unsere Beschreibung ist deshalb nur mit Vorsicht auf die andern Formen zu übertragen.

Die falschen Prämissen sind krankhafte Eigenbeziehungen und Erinnerungstäuschungen. In einer gewissen Richtung haben die Kranken eine übertriebene Assoziationsbereitschaft; sie bringen eine Menge ganz gleichgültiger oder unverfänglicher Vorkommnisse mit sich selbst in Beziehung. Kinder laufen dem Wagen nach, in dem der Paranoiker fährt: sie verspotten ihn oder drücken seine zukünftige hohe Stellung aus. Es hustet jemand; das ist ein Zeichen, daß er aufpassen soll, oder daß er nicht hierher gehört, oder daß ein anderer auf ihn aufpassen soll. Es gähnt jemand; das heißt, er ist ein Faulenzer; stehen zwei zusammen und lachen, so lachen sie über ihn. In der Zeitung steht ein Ausdruck, den er in der letzten Zeit gebraucht hat; er ist also auf ihn gemünzt. Ein höherer Beamter hat an sein Fenster hinaufgeblickt: der hat eine wichtige Mission für ihn, oder er weiß, daß er der zukünftige Herrscher ist. Der Pfarrer predigt von Judas: die ganze Gemeinde wußte, daß er gemeint war. Auf der Straße haben ihn alle Leute bedeutungsvoll angesehen. Meist schiebt sich zwischen das Ereignis und die Deutung im Sinne des Beziehungswahns eine Latenzzeit von Stunden bis Jahren, am häufigsten von etwa einem Tag ein. Während der Gesunde seine Erlebnisse nachträglich (bewußt oder gewöhnlicher unbewußt) meist im Sinne allseitiger Anknüpfung an die Wirklichkeit und einer Richtigstellung allfälliger falscher Auffassungen verarbeitet, verknüpft der Paranoiker in der Latenzzeit seine Wahrnehmungen mit dem Wahn und fälscht sie in der gleichen Richtung.

Manchmal erscheint die Behauptung des Patienten so unsinnig, daß man sich fragen muß, inwiefern es sich um Illusionen der Sinne handelt. Die Kranken pflegen neben den banalsten Vorgängen auch ganz unmögliche zu erzählen: Trotzdem sie ganz geräuschlos ins Theater kamen,

schaute sich das ganze Publikum nach ihnen um; der Pfarrer sprach von Dingen, die er auf richtigem Wege gar nicht wissen konnte; jemand aus guter Gesellschaft streckte ihnen die Zunge heraus. Gewiß mögen da und dort eigentliche Illusionan mitlaufen, wie bei jedem Gesunden im Affekt. Aber noch jedesmal, wenn ich genau untersuchen konnte, waren Empfindungen und Wahrnehmungen ganz richtig; der Patient hat sie jedoch umgebildet, freilich oft unmittelbar nach der Wahrnehmung, und er operiert nachher in seinem Denken nur mit diesen umgebildeten Pseudowahrnehmungen, die er für wirkliche hält. Es handelt sich also hier schon um hinzutretende Gedächtnistäuschungen, die übrigens auch schon bei Normalen vorkommen; es gibt Leute, die oft erst nachträglich ihre Erinnerungen im Sinne von Beleidigungen fälschen.

Klarer erscheinen uns die komplizierteren Gedächtnisillusionen (S. 77), die ganze Handlungen darstellen: Der Arzt soll bei der und der Unterredung, die wirklich stattfand, gesagt haben, der Patient sei gesund, die erwartete Standeserhöhung werde in einem Jahre vor sich gehen. Die Kellnerin brachte dem Patienten einen Kirsch; nachher ist er überzeugt, daß ihn der der Vergiftung angeschuldigte Schwager bediente. Seine Frau ist auf der Treppe einem bestimmten Herrn begegnet; nachher glaubt er, sie habe jenem im Vorübergehen Zeichen gemacht, die verständnisvoll erwidert wurden. Zwischen dem Ereignis und der fertigen Umbildung liegt hier meistens eine längere Zeit, mindestens eine Nacht, oft viel mehr, ein Jahr, sogar Jahrzehnte. Gestützt auf immer wiederholte „Erlebnisse" dieser Art muß Patient auch auf ganz logischem Wege zu der Vorstellung kommen, daß die Menschen etwas Besonderes mit ihm vorhaben. Er geht aber weiter und weiß auch, *was* sie vorhaben. Sie wollen ihn verfolgen oder seine zukünftige Erhöhung vorbereiten, und er weiß, *warum* sie auf diese Weise vorgehen. Das letztere hat er natürlich niemals zwingend erschließen können, aber da die Hauptsache für ihn feststeht, genügen ihm Wahrscheinlichkeitsschlüsse, die er für sicher hält. Eine allgemeine Kritik ist unmöglich. Er kann allerdings bei Gelegenheit zugeben, daß die eine oder andere seiner Teilideen nicht genügend begründet, ja, daß sie falsch sei. Deswegen steht aber alles andere doch unerschütterlich fest für ihn.

Außerhalb des Wahnsystems und allem, was sich darauf bezieht, ist seine Logik und sein Ideenablauf für unsere Untersuchungsmittel intakt. Wenn er sonst intelligent ist, kann er ein Pfarrer, Architekt, Hochschulprofessor sein und, abgesehen von indirekten Schwierigkeiten infolge der Wahnideen, seinem Berufe sehr gut gerecht werden. Bei allem, was mit den Wahnideen zusammenhängt, sind die Paranoiker sehr leichtgläubig für bestätigende Aussagen und anderseits sehr mißtrauisch gegenüber allem, was ihnen nicht paßt. Es scheint, daß dieser Zug oft auch außerhalb des Wahnes zum Vorschein komme, sei es, daß er sich von der Krankheit aus verallgemeinert habe, oder daß er zum individuellen Charakter des Patienten gehöre.

Auch in den andern Funktionen kann man keine primären Störungen konstatieren.

Die Sinnesempfindungen und die Wahrnehmungen sind intakt. Halluzinationen fehlen fast immer; man darf aber nicht sagen, daß sie ganz ausgeschlossen seien, denn das sind sie nicht einmal bei den Gesunden; bei Paranoikern aber gibt es gelegentlich starke Aufregungen

oder auch Verzückungen, die mit Halluzinationen verlaufen können. Dabei sind wohl Gehör und Gesicht am meisten betroffen, vielleicht in schweren akuten Zuständen auch Geruch und Geschmack.

Das Gedächtnis ist, abgesehen von den Illusionen, ein gutes. Gedächtnishalluzinationen werden wohl nicht vorkommen. Natürlich bewirkt das einseitige Interesse der Kranken auch eine einseitige Bevorzugung einzelner Kategorien von Gedächtnismaterial.

Die Orientierung in Ort und Zeit bleibt immer normal, außer etwa in den — höchst seltenen — psychogenen Dämmerzuständen.

Die Aufmerksamkeit entspricht der Präokkupation mit den Wahnideen; wenn diese einmal vorausgesetzt werden, so ist sie normal. Immerhin kann man die Assoziationsbereitschaft gegenüber allem, was für die Wahnideen verwertbar ist, eine einseitige Disposition der Aufmerksamkeit nennen. Man spricht von eintönigem Ideengang; das trifft aber nicht für alle Paranoiker zu; fast alle lassen sich wenigstens zeitenweise ablenken, und manche haben außerhalb des Wahnes noch erhebliche andere Interessen.

Die Affektivität erscheint für die direkte Beobachtung primär normal. Natürlich ist derjenige, der eben entdeckt hat, daß er auch an einem neuen Zufluchtsort verfolgt wird, deprimiert oder gereizt. Der Megalomane, der eben ein Zeichen seiner Berufung vom Himmel oder vom Kaiser erhalten hat, ist guter Dinge. Das entspricht aber der normalen Affektreaktion, soweit der Affekt allein in Betracht kommt. Man sagt, die Kranken seien reizbar; ich weiß nicht, ob das im gewöhnlichen Sinne wahr ist. Auch der Normale wird gereizt durch beständige Schikanen, im Durchschnitt noch viel mehr als die meisten dieser Patienten, die merkwürdig viel über sich ergehen lassen. Dann gibt es Paranoiker, die schon reizbar waren, bevor die Krankheit ausbrach, die also jedenfalls nicht die Ursache, vielleicht indes Folge des Temperamentes ist. Man findet aber auch ruhige Naturen unter den Paranoikern; Sanguiniker habe ich noch nicht gesehen.

Die Paranoia soll die Moral zugrunde richten. Das ist sehr cum grano salis zu verstehen. Die moralischen Gefühle als solche werden nicht alteriert. Aber die ganze krankhafte Logik wird so einseitig durch den Wahn belegt, daß die Patienten oft die berechtigten Ansprüche anderer weder erkennen, noch empfinden können. Ferner ist ihnen ihre Sache so das einzig Wichtige, ich möchte sagen einzig Heilige in der Welt, daß ein paar Lügen und auch Gewalttaten demgegenüber verschwinden und durch den großen Zweck gefordert und geheiligt werden.

Eine innere Einteilung der Paranoiaform kann man bis jetzt nur nach dem Wahninhalte machen[1]), der natürlich wieder durch Charakteranlage und andere innere und äußere Voraussetzungen bedingt wird. Die dem Arzt am häufigsten begegnenden Formen sind die der Beeinträchtigung, die wieder zerfallen in den eigentlichen Verfolgungswahn, die gewöhnlichste Form, die paranoische Querulanz und den Eifersuchtswahn.

Der Verfolgte hat mißgünstige Leute, die ihn im Leben nicht vorwärts kommen lassen aus Eifersucht oder irgendwelchen anderen eigen-

[1]) Eine natürliche Gliederung müßte sich in erster Linie auf die der Paranoia zugrunde liegenden Eigentümlichkeiten der Anlage und dann auf die Genese der Krankheit stützen.

nützigen Gründen. Zugleich schikanieren sie ihn, verleumden ihn, bringen ihn um seine Stellungen, suchen ihn zu vergiften (kein physikalischer Verfolgungswahn). Wo der Patient hingeht, begegnen ihm, verkleidet oder nicht, wieder Verfolger oder doch Wirkungen derselben, Briefe, Aufhetzung der Umgebung, Verachtungsäußerungen.

Der paranoische Querulant hat in der Regel einmal einen Prozeß verloren oder doch dabei nicht *so* recht bekommen, wie er es erwartete. Nun rekurriert er, bekommt wieder unrecht, geht durch alle Instanzen, befriedigt sich aber auch bei der letzten nicht, sondern findet wieder Gründe, einen neuen Prozeßweg einzuschlagen. Zunächst sind es gewöhnliche Rechtsgründe, dann aber kommen neue materielle Motive hinzu: Einerseits lassen die Richter sich nicht alles gefallen, reagieren mit Bußen gegen den „Tröler", lassen ungerechtfertigte Eingaben von ihm liegen oder prüfen sie nicht so, wie der Patient erwartet. Anderseits wird dieser gereizt, wirft den Richtern und schließlich allen Beamten, die mit ihm zu tun haben, Parteilichkeit, Gesetzesübertretung, Komplottierung vor; seine eigenen, wie die Advokaten der Gegenpartei beschimpft er, worauf Klage von der andern Seite eingeleitet wird. So ist der Stoff weit davon entfernt, auszugehen, und vermehrt sich im Gegenteil beständig, bis eine Internierung oder Bevormundung für einige Zeit wenigstens den Richtern Ruhe bringt. Was den Patienten Unangenehmes geschieht, wird als großes Unrecht empfunden, das gutzumachen oder zu rächen die ganze Welt ein Interesse hat. Was sie anderen antun, bemerken sie gar nicht. Die ärgsten Beschimpfungen und Verleumdungen von der eigenen Seite können sie nicht werten und sind ganz erstaunt und entrüstet, wenn die Gegner darauf reagieren. Für ihre Logik existiert in den Gesetzen fast nur, was sich zu ihren Gunsten drehen läßt. Charakteristisch ist dabei, daß regelmäßig von dem einen Prozeß alle anderen ausgehen. Dabei pflegen die paranoischen Querulanten nicht nur gewandte Rabulisten zu sein, sie verschaffen sich auch eine eingehende Kenntnis der Gesetze, die sie allerdings einseitig auslegen. Wer sich in einem Gutachten, in einem Exposé, nachdem er sich durch unzählige Kilo von Akten durchgearbeitet, in einer Kleinigkeit versehen hat, kann sicher sein, deswegen von ihnen angegriffen zu werden.

Der Querulantenwahn kann in organischer Verbindung mit einem klar paranoischen Wahnsystem auftreten und damit den Beweis leisten, daß er nicht von der Paranoia getrennt werden sollte: Mechaniker klagte, 53 Jahre alt, auf Scheidung von seiner zweiten Frau, die eine Säuferin war, und gewann den Prozeß. Bei Beschreibung einer Szene mit der Frau, die ihn gereizt, hatte er sich vor Gericht ausgedrückt, er sei halt ein „grober Hagel". Im Urteil wurde, in Übersetzung des zu schweizerischen Ausdrucks ins Schriftdeutsche, ausgeführt, er hätte selbst zugegeben, daß er ein „brutaler Mensch" sei, und daraus wurde abgeleitet, daß die Frau nicht ganz allein schuld sei, und er an die Prozeßkosten beizutragen habe. Der Ausdruck ärgerte ihn, und er verlangte Kassation des Urteils, anerkannte die Scheidung überhaupt nicht, besuchte demonstrativ seine Frau wiederholt, durchlief dann alle möglichen und unmöglichen Instanzen, beschimpfte die Behörden, vernachlässigte seine Arbeit und machte schließlich auffallende Schulden; so hatte er einen Anzug gekauft mit der Versicherung, derselbe werde schon bezahlt, veranlaßte dann den Verkäufer selbst, ihn dafür zu betreiben, schlug auf die Betreibung Recht vor, und als der Gläubiger zu ihm kam, um eine gütliche Abmachung zu versuchen, warf er ihn aus dem Hause. So mußte Patient in die Anstalt gebracht werden. Er war ein jovialer, im Grunde recht gutmütiger Mensch, der aber gerne etwas höher gekommen wäre, indessen ohne die Kraft dazu zu haben (der gewöhnliche innere Zwiespalt der Paranoiker). In einer Beziehung hatte er allerdings etwas erreicht; „er, der einfache Arbeiter", hatte in den Gemeindeversammlungen und bei Wahlen etwa gegenüber angesehenen Männern seine Meinung durchdrücken können — ist aber dennoch der [illegible]

Arbeiter geblieben, während einer seiner Gegner in das höchste Amt der Schweiz emporgestiegen ist, ein anderer es bis zur zweithöchsten Stelle gebracht hat (empfindliche Verletzung seiner Eitelkeit). Gegenüber seiner Frau hat er die Einstellung des Trinkergatten. Er liebt sie in Wirklichkeit noch; anderseits hat sie sich so aufgeführt, daß er sich scheiden lassen mußte, und er denkt trotz seines Alters an eine bessere Heirat (zweiter Konflikt). Daher die Komplexempfindlichkeit auf das Urteil im gewonnenen Prozeß; daher die Nichtanerkennung der von ihm selbst verlangten Scheidung. In seinem Bewußtsein allerdings wurde die Begründung eine andere: Seine angesehenen politischen Gegner wollen sich an ihm rächen; sie haben die Richter veranlaßt, ein solches Urteil auszustellen, damit jede, die ihn heiraten möchte, veranlaßt werde, bei ihnen sich über seine Brutalität zu erkundigen, und damit sie ihn so im Ansehen herabsetzen und an der Wiederverheiratung hindern könnten. Da der Mann aber euphorisch und nicht mißtrauisch ist, entwickelte sich sein Wahn in einer etwas ungewöhnlichen Richtung: Da man ihn eigentlich überall auffallend glimpflich behandelt hat, auch wenn er in Tätlichkeiten und Schuldenmachen auch über das Erlaubte hinausgegangen ist, meinen es seine Gegner eigentlich nicht so bös mit ihm, oder sie wollen verhindern, daß ihre Mitwirkung durch gerichtliche Schritte aufgedeckt werde. Deshalb bezahlen sie hinter seinem Rücken alle seine Schulden, und um sie immer wieder zu versuchen, machte er seine Schulden, verkaufte er seine Möbel, die schon verpfändet waren u. dgl.

Die Eifersüchtigen sind wohl zum großen Teil Frauen (der alkoholische Eifersuchtswahn gehört nicht hierher). Sie finden überall Beweise, daß der Mann sie betrügt mit manchen anderen Frauen; mit der alten Wäscherin wie mit der schönen Tochter des Nachbars Verhältnisse anknüpft, ihnen Geld zuträgt usw.

Es soll auch ein paranoischer hypochondrischer Wahn vorkommen; ich habe ihn bei der Paranoia noch nie gesehen.

Die Formen des Beeinträchtigungswahnes sind nie ganz frei von einem Einschlag von mehr oder weniger ausgesprochenen Größenideen. Ein gehobenes Selbstgefühl haben alle diese Leute; sie halten sich in irgendeiner Richtung für irgend etwas Besonderes. Zum Teil knüpft der Verfolgungswahn daran, indem sie eben den Neid anderer erregen, denen sie im Wege stehen u. dgl. Umgekehrt fehlt da, wo der Größenwahn dominiert, nur selten das Gefühl der Verfolgung; manchmal, namentlich bei den Erotikern, kommt er an Bedeutung dem Hauptwahn oft nahe.

Von den Megalomanen haben wir zunächst die Erfinder zu nennen, welche auf allen Gebieten der Technik hervortreten. Oft ist ein Teil der Ideen gar nicht schlecht, aber irgendeine Schwäche ihrer Überlegung wird übersehen, während gerade daran der ganze Mißerfolg hängt. Vor Zeppelin und Wright waren lenkbare Luftschiffe sehr beliebte Erfindungsobjekte, ein halbes Jahrhundert früher das Perpetuum mobile.

Den technischen Erfindern schließen sich die Entdecker auf allen wissenschaftlichen Gebieten an. Hier sieht man nun schon viel häufiger confuse Sachen. Ganz frei in ihren Kombinationen sind die Propheten auf religiösem und politischem Gebiet, die oft viele Anhänger sammeln und eine gewisse Bedeutung bekommen (Beispiele: LOMBROSO, Der geniale Mensch, Übersetzung von Dr. Fränkel. Verlagsanstalt A.-G. vorm. J. F. Richter] Hamburg).

Zu diesen ist wohl der Massenmörder Wagner zu rechnen (siehe oben), ferner Potapkine, der so ziemlich die ganze Bevölkerung seines Dorfes (in der Provinz Orel, Rußland) mit seinen Lehren von Rückkehr zum Urzustand ansteckte oder wenigstens beeinflußte, so daß eine Menge von Strafen wegen Handlungen gegen die Religion ausgesprochen wurden[1].

[1]) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. II 1905/06, S. 493.

Die Genealogen oder interprétateurs filiaux der Franzosen, die Paranoiker mit dem Wahn hoher Abstammung verwirklichen den alltäglichen Traum so vieler Kinder, der auch im Märchen seinen Ausdruck gefunden hat: sie sind ihren armen Eltern nur untergeschoben oder in Pflege gegeben, in Wirklichkeit Fürstenkinder und aus irgend einem phantastischen Grunde, der mehr oder weniger plausibel gemacht wird, nicht in den angestammten Umständen erzogen worden. Man wartet aber nur eine bestimmte Zeit oder ein bestimmtes Ereignis ab, um sie in ihre richtige soziale Stellung aufzunehmen.

Die Erotiker glauben sich von irgendeinem Höherstehenden, oft einem Höchststehenden, des anderen Geschlechts geliebt, verfolgen ihn mit allen möglichen Arten von Kundgebungen, daß sie zu der Ehe bereit seien, oder sie begeben sich mit List oder Gewalt in seine Wohnung, wo sie verlangen, als Gemahl oder Gemahlin behandelt zu werden. Daran, daß ihnen das nicht gelingt, sind natürlich Intrigen anderer schuld, Bosheiten, die gewöhnlich in paranoischer Weise mehr oder weniger detailliert ausgedacht werden.

Alle diese Formen sind stark egozentrisch; das ganze Wahnsystem dreht sich um den Patienten, seine Wünsche und seine Befürchtungen. Es sind aber auch andere Formen denkbar. So kenne ich aus Akten einen Pfarrer, der seit vielen Jahren die Wahnidee hat, die Kinder seiner Nachbarschaft werden von den Eltern mißhandelt. Der Fall läßt sich nach dem, was ich weiß, nur in dem Rahmen der Paranoia unterbringen. Die Wahnidee würde verständlich, wenn man annimmt, daß der Patient an verdrängtem Sadismus oder Masochismus leidet.

Der Verlauf der Paranoia ist immer ein höchst chronischer. Ein Teil der Kranken, aber nicht alle, sind schon früher bei genauerem Zusehen aufgefallen durch Eigensinn, Mißdeutung von Handlungen anderer, Empfindlichkeit. Das Prodromalstadium wird sozusagen nie ärztlich beobachtet, und auch die Angehörigen wissen meist keine gute Auskunft darüber zu geben, da die Kranken in dieser Zeit fast alle sehr verschlossen zu sein pflegen. Den üblichen Schilderungen in den Büchern sind vielmehr die Paranoiden als die Paranoiker Modell gestanden. Auf die Angaben der Kranken selber ist kein Verlaß, weil sie gerade in diesen Beziehungen selber von massenhaften Gedächtnisillusionen getäuscht werden. Jedenfalls brauchen viele Fälle eine größere Anzahl von Jahren zur Entwicklung, indem die Verfolgten zuerst nur mißtrauisch werden und noch fähig sind, wenigstens eine gewisse Unsicherheit ihrer Schlüsse zu erkennen; nach und nach aber kommt ihnen die Gewißheit, die dann nicht mehr verloren wird.

Ähnlich bei manchen Größenwahnformen, deren hochmütige Selbstüberschätzung und geheime Hoffnungen leicht langsam zu Größenideen ausgebrütet werden. Bei beiden Arten aber kann auch eine „Erleuchtung" die Krankheit plötzlich in die Erscheinung treten lassen. Bei Querulanten ist sie gewöhnlich von dem ersten Gerichtsentscheid an zu datieren; doch pflegen die Wahnideen und die ganze Querulanz erst im Laufe von Jahren zur vollen Entwicklung zu kommen.

Die Paranoia bricht häufig erst im späteren Mannesalter aus — nach KRAEPELIN in zwei Drittel der Fälle erst jenseits der dreißiger Jahre — doch gibt es auch Fälle, die schon um die zwanzig herum erkranken. Die sogenannte originäre Verrücktheit SANDERS, die in der Kindheit ausbrechen soll, ist jedenfalls höchst selten, wenn sie überhaupt existiert.

Bei allen Formen wechseln (meist längere, Monate und Jahre dauernde

Zeiten von stärkerer Wahnbildung und entsprechender Reaktion mit ruhigeren Phasen ab, in denen die Kranken eher fähig sind, mit anderen Leuten auszukommen und im Beruf tätig zu sein. Die meisten dieser Erregungen und Milderungen scheinen von innen heraus zu kommen; andere, zumal bei Verfolgten, schließen sich besonders häufig an einen Ortswechsel an, wonach die Kranken sich zunächst sicher fühlen; nach und nach aber werden an die neue Umgebung die alten Wahnideen geknüpft; oft bringt ein Brief, den die Kranken geschrieben haben, den Umschwung. Sie glaubten sich versteckt; nun ist ihre Adresse durch den Empfänger oder durch eine Indiskretion der Post bekannt geworden und die Hetze geht wieder los. So reisen viele ihr ganzes Leben von Ort zu Ort, immer möglichst weit vom eben bewohnten, und kommen so in der ganzen Welt herum. In der Irrenanstalt in Washington sagte man mir, daß die Hauptstadt der größten Republik besonders die Paranoiker aus der ganzen Welt anziehe, weil diese vom Präsidenten der Vereinigten Staaten Hilfe erwarten.

Eine Heilung der Paranoia gibt es wohl nicht. Die in der Literatur beschriebenen wenigen Fälle lassen sich ungezwungen als Schizophrenien auffassen; am wenigsten der von BJERRE[1]). Dagegen treten mit dem Alter Besserungen auf, entweder, indem die Kranken endlich zu der Einsicht kommen, daß sie einen unnützen Kampf kämpfen oder indem in der Involution die Energie abnimmt, so daß sie weniger aktiv sind und aus Passivität mit der Umgebung besser auskommen.

Verhalten. Wie schon gesagt, sind die meisten Paranoiker in den Jahren der Inkubation mehr oder weniger verschlossen — mehr expansive Charaktere, die Neigung zu Größenwahn haben, mögen Ausnahmen machen. Auf der Höhe der Krankheit haben wir auseinander zu halten, wie sie sich im gewöhnlichen Berufs- und Gesellschaftsleben benehmen, und wie sie ihren Wahn betreiben. Das Verhalten ist ungefähr normal, soweit es nicht vom Wahn beeinflußt wird. Der Grad der Beeinflussung ist von Patient zu Patient sehr verschieden. Bei den einen nimmt der Wahn den größten Teil von Zeit und Interesse in Anspruch; fast in jeder Gesellschaft taucht irgendeine Teilwahnidee auf und läßt die Kranken auffallen. Am anderen Extrem gibt es ruhige, stille Naturen, die in ihrem Berufe fortarbeiten, wenn auch mit Schwierigkeiten, dann und wann einmal den Aufenthaltsort wechseln oder sonst etwas von außen Unverständliches machen, aber den meisten Leuten, ja manchmal der näheren Umgebung unauffällig bleiben können; aber auch beim nämlichen Patienten wechselt das Verhalten im Laufe von Monaten und Jahren in der Regel.

Innerhalb der nichtparanoischen Tätigkeit verhalten sich die Kranken normal. Sie verlieren die Haltung nie. Aber auch bei Verfolgung ihrer Ziele benehmen sie sich im ganzen wie andere Leute, die eine ähnliche Sache zu verfechten hätten. Propheten allerdings markieren ihre Sendung oft durch entsprechende Kleidung, Haar- und Barttracht. Die meisten Kranken aber sind äußerlich unauffällig. Wirkliche Aufregungen, die an sich durch ihre Stärke und Überrumpelung des Gedankenganges pathologisch wären, kommen, wenn überhaupt, nur als

[1]) Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. Jahrbuch für Psychoanalyse usw., Bd. III, 1911, S. 795. Deuticke, Leipzig und Wien.

kurze Episoden vor. Dagegen sind viele der Verfolgten aus begreiflichen Gründen für gewöhnlich mürrisch, gereizt, aufbrausend. In der Verfolgung ihrer Ziele zeigen fast alle eine gewisse, oft recht hochgradige Leidenschaftlichkeit. Mit Ausweichen, Drohen, Schimpfen, beleidigenden Briefen, Eingaben an Behörden reagieren manche Verfolgte; die Größenwahnsinnigen benutzen oft die Presse in ausgiebigem Maße. Überhaupt werden viele Paranoiker geradezu zu „Graphomanen". Aktive Verfolgte werden leicht zu Verfolgern (persécutés persécuteurs).

Weiß sich der Kranke durch lokale Mittel nicht mehr zu helfen, so greift er „zur Notwehr", indem er einen Gegner erschießt, oder, was nicht selten ist, auf eine hohe Persönlichkeit ein Attentat macht in der Hoffnung, daß die Öffentlichkeit eine unparteiische Untersuchung erzwinge und so den wahren Tatbestand endlich ans Licht bringe. In selteneren Fällen, bei Weltverbesserern und Propheten, gehören Gewalttaten zum Wahnsystem (Fall Wagner; der religiöse Paranoiker David Lazaretti fiel 1878 im Kampfe mit den Regierungstruppen).

Häufigkeit. Die Paranoia ist in den Anstalten eine sehr seltene Krankheit, so daß einzelne Psychiater ihre Existenz bezweifeln: nicht 1 Proz. der Aufnahmen können ihr zugezählt werden. Draußen aber ist sie keine so große Rarität. Es sind eben immer besondere Vorkommnisse (ein Attentat, ein Prozeß), die die Kranken zum Irrenarzt bringen.

Die Paranoia befällt nach KRAEPELIN hauptsächlich Männer (70 Proz.), womit auch meine Erfahrungen übereinstimmen.

Die Diagnose der Paranoia ist in praxi gar nicht immer leicht. Die Kranken wissen, welche ihrer Ideen bei anderen als krankhaft gelten und können sie verbergen oder so abschwächen, daß sie sich verteidigen lassen. Ganz unmöglich ist oft die prinzipielle Abgrenzung von bloßer Psychopathie da, wo der Wahn sich auf unbeweisbare Ideenkreise geworfen hat, bei Religionsstiftern, Politikern, Philosophen; ja auch über die Krankhaftigkeit wissenschaftlicher Entdeckungen und technischer Erfindungen, die ganz neu sind, kann man sich streiten, wenn auch nicht gar so viel wirkliche Erfinder als „verrückt" angesehen werden, soweit sie nicht irgendwie wirklich krank sind. Denn auch ein Verrückter kann einmal etwas Richtiges erfinden. Außerdem kann eine Idee zufällig der Wirklichkeit entsprechen und doch eine Wahnidee sein.[1]) Für die Diagnose sind da zwei Dinge zu berücksichtigen:

1. Die logische Begründung der Idee durch den Patienten, die in den krankhaften Fällen unkorrigierbare Fehler aufweist in Prämissen und eventuell insofern auch in der Logik, als gewisse Stellen einer Diskussion unzugänglich sind und wichtige und selbstverständliche Gegenargumente einfach nicht gewürdigt werden können. Hierbei sind aber der momentane Affektzustand und die allgemeine Intelligenz des Patienten in Betracht zu ziehen. Im Affekt darf man auch dem Normalen logische Fehler nachsehen, und eine schwächliche Intelligenz wird auch ohne Paranoia kompliziertere Verhältnisse nicht übersehen können.

2. Das krebsartige Übergreifen des Wahnes auf immer weitere Kreise und die weitgehende Beherrschung der ganzen Persönlichkeit in ihren

---

[1]) Es kam vor, daß ein Paranoiker sich mit Sublimat vergiftet wähnte, und es in einem chemischen Laboratorium in seinem Bier wirklich Sublimat gefunden haben wollte, weil, wie sich nachher herausstellte, die Reagenzien verunreinigt waren.

Verhalten und ihren Strebungen durch den Wahn. Es kann einer einen ebenso überzeugten wie angreifbaren Nachweis geschrieben haben, daß der Sitz der Seele im Sympathikus sei; er ist aber kein Paranoiker, so lange er dieser „Entdeckung" nicht eine abnorme Bedeutung zuschreibt und nicht überall neue Beweise dafür findet, wo keine herzuholen sind. — Die einzelnen Beziehungsideen und die Gedächtnisillusionen erweisen sich oft, auch wenn sie ihrem Inhalt nach möglich sind, bei genauerem Zusehen mit Deutlichkeit als krankhaft, indem das, was den Wahnideen entspricht, oft mit ganz unmöglicher Bestimmtheit und unmöglichen Details ausgeführt wird, während das, was nicht zum Wahn gehört, gar nicht erzählt wird, vom Patienten auch nicht wahrgenommen, nicht erlebt ist und auf Verlangen nur lückenhaft, unklar und unsicher ergänzt werden kann.

Anatomische Befunde, die der Paranoia angehören würden, sind nicht gemacht worden.

Begrenzung. Der paranoische Querulant ist meist gegenüber anderen Querulanten leicht abzugrenzen durch seine unerschütterliche Konsequenz und namentlich den Umstand, daß alle seine Querelen auf den ersten unglücklichen Prozeß zurückzuführen sind. Das Paranoid ist gewöhnlich an der logischen Unmöglichkeit des Wahnes und den inneren Widersprüchen, dann den Halluzinationen, der Affektstörung und anderen schizophrenen Zeichen leicht zu erkennen. Nur bei ganz schleichendem Beginn können diese Eigentümlichkeiten so wenig ausgebildet sein, daß man einige Zeit zweifelt oder gar fälschlicherweise Paranoia diagnostiziert. Die manisch-depressiven Wahnsinnsformen sind in erster Linie an den Affektstörungen, der Ideenflucht oder Gedankenhemmung und der Unbeständigkeit der Wahnideen und des ganzen Bildes zu erkennen. Von senilen paranoiden Formen sind die nicht ganz seltenen Spätformen der Paranoia durch das kraftvolle konsequente Wahnsystem und durch den Mangel an Symptomen, die auf die Hirnatrophie hinweisen, zu unterscheiden. — Die Differentialdiagnose ist also auch bei der Paranoia eine negative: Wahnsysteme, neben denen sich keine Zeichen einer anderen Krankheit auffinden lassen, sind als paranoisch zu betrachten.

Mit diesen differentialdiagnostischen Bemerkungen ist zugleich die Umgrenzung des Krankheitsbildes im wesentlichen erledigt. Man will „abortive" Fälle von Paranoia gesehen haben (GAUPP[1]). Es gibt nun sicher katathyme Wahnbildungen, die sich wieder ausgleichen. Ich würde aber diese Krankheiten nicht Paranoia nennen, denn man bekommt nur dann eine ordentliche Grenze des Begriffes, wenn man die Unheilbarkeit, die ja auch wichtiges Merkmal der allermeisten Fälle ist, in die Begriffsbestimmung aufnimmt. Es fehlt den abortiven Fällen wohl auch das wichtige Zeichen des Umsichgreifens der Ideen. Ein Teil der abortiven und „milderen" Paranoien (FRIEDMANN) sind wohl Verwechslungen mit leichten manisch-depressiven Wahnsinnsformen. Die „periodische" Paranoia gehört zum Teil zu unserer Schizophrenie, zum kleineren ebenfalls zum manisch-depressiven Irresein.

Die Paranoia completa (Délire chronique à évolution systéma-

[1]) Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Zentralbl. für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1910, S. 65.

tique MAGNANs) gehört zur Schizophreniegruppe (Paranoid oder Paraphrenie).

Die alkoholischen Paranoien sind Vergiftungspsychosen sui generis, wenn sie überhaupt existieren und nicht im Paranoid aufzugehen haben.

Die Existenz einer Paranoia originaria (SANDERs), die in der Kindheit beginnen soll, ist nicht nachgewiesen. Ihre Aufstellung beruht wohl auf Verkennung von Erinnerungstäuschungen.

Außerdem gibt es paranoiaähnliche Erkrankungen, die noch zu wenig beachtet sind, vielleicht Involutionskrankheiten, dann die Wahnbildungen der Schwerhörigen (S. 372) und die der Oligophrenen: Manche Geistesschwache kommen erst in die Anstalt durch die Entwicklung von Verfolgungsideen, die nicht recht systematisiert werden, aber auch nicht zu dem vollen Unsinn und dem symbolischen Gefasel der Schizophrenie ausarten. Gewöhnlich, aber nicht immer, treten Halluzinationen des Gehörs, in der Nacht auch etwa des Gesichts, selten anderer Sinne hinzu. Es kommt nicht zu katatonischen Symptomenkomplexen und ebensowenig zu einer starken fortschreitenden Verblödung; namentlich bleibt der affektive Rapport erhalten; die Kranken bewahren auch die äußere Haltung, soweit nicht die direkte Reaktion auf die Verfolgungen in Gestalt von Wut- und Schimpfanfällen die Patienten ganz ungesellig machen. Gelegentlich können auch unzusammenhängende Größenideen neben oder statt dem Verfolgungswahn auftreten. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß es sich hier um eine Paranoia handelt, der die Oligophrenie ihren besonderen Stempel aufdrückt, indem sie eine logische Entwicklung des Wahnsystems verhindert.

Auffassung der Paranoia. Das Wahnsystem der Paranoiker ist ein psychisches Gebilde, das als einfache Übertreibung normaler Vorgänge erscheint[1]). Der Normale reagiert in gleicher Weise, aber nicht dauernd. Falsche Eigenbeziehungen hat jeder, sobald er im Affekt ist (S. 69), ebenso Insuffizienz der Logik. Pathologisch wird die Erscheinung erst durch die Unkorrigierbarkeit und namentlich durch die Tendenz zum Umsichgreifen, das unausgesetzte Weiterarbeiten des einmal in Tätigkeit gesetzten Affektmechanismus. Das einzige bekannte Symptom der Paranoia, die Wahnbildung, erweist sich als eine Reaktionsform auf bestimmte äußere und innere Situationen. Jedenfalls ist es keine direkte Folge irgendeines Prozesses im Gehirn oder einer konstitutionellen Degeneration, und man muß annehmen, daß wenigstens in den leichteren Fällen die Krankheit ohne eine auslösende äußere Situation nicht ausgebrochen wäre oder jedenfalls nicht die nämliche Form angenommen hätte; denn der Ursprung der Krankheit bestimmt die Symptomatologie in ausgiebiger Weise (vgl. oben die Beispiele). Man wird allerdings voraussetzen, es gebe auch hier so schwere Dispositionen, daß schon alltägliche und unvermeidbare Schwierigkeiten die Krankheit auslösen müßten; solche Patienten werden dann unter allen Umständen zu Paranoikern, während andere nur bei schweren Konflikten erkranken.

Regelmäßig sehen wir an der Wurzel der Krankheit eine Situation, der die Patienten nicht gewachsen sind, und auf die sie mit der Krankheit reagieren: Der junge Mann fühlt in sich den Trieb, etwas Besonderes zu leisten und zu werden, er bringt es aber infolge einer intellektuellen oder namentlich charakterologischen Schwäche nicht so weit wie er möchte. Er ist nicht gleichgültig genug, um den Mißerfolg dem Schicksal zuzuschieben und auf sich beruhen zu lassen; noch weniger hat er die Kraft, sich seinen eigenen Fehler einzugestehen und klarzumachen. So schiebt er nach alltäglichem Muster die Schuld auf die Umgebung und kommt in den Verfolgungswahn hinein, oder bei einem glücklicheren Temperament erfüllt

---

[1]) Das ist der Grund, warum nicht nur praktisch, sondern auch prinzipiell eine scharfe Grenze zwischen Paranoia und Norm resp. bloßer Psychopathie nicht zu ziehen ist.

er sich in der Phantasie seine Wünsche und arbeitet sich aus der Wirklichkeit heraus.

Die Ehekandidatin, der der natürliche Instinkt fehlt, einen Mann zu lieben und anzuziehen, denkt sich schließlich ohne ihr Zutun geliebt und zwar, wie im für die asexuell gedachten Kinder ausgearbeiteten Märchen, von einem, der ihr zugleich Standeserhöhung bringt (die offenbar als die Hauptsache gefühlt wird). Da die Wirklichkeit sich nie ganz abschütteln läßt, kommen auch hier meist Verfolgungsideen hinzu, während neben dem eigentlichen Verfolgungswahn die Größenideen unklar und vielleicht überhaupt unentwickelt als bloße Größenbestrebungen weiter bestehen. So gibt es wohl keinen paranoischen (und paranoiaähnlichen) Größenwahn ohne Verfolgungen und keinen Verfolgungswahn ohne Größenideen oder wenigstens Größenaspirationen, und der Unterschied der beiden Formen wird zu einem relativen. Ich glaube deshalb hier den Größenwahn mit in die Betrachtung einbeziehen zu dürfen, obschon er noch ganz ungenügend erforscht ist. Das „erhöhte Selbstgefühl“, das man den Paranoikern verschiedenen Schlages zuschreibt, ist also wohl eine notwendige Bedingung für die Entstehung der Krankheit. Ich möchte aber hinzufügen, daß nach allem, was ich weiß, ein mit diesem Gefühl widerstreitendes, aber wohl verdrängtes Insuffizienzgefühl vorhanden sein muß, damit die Paranoia entstehen kann. Wer ohne diesen inneren Widerstreit scheitert, hat keinen Anlaß zu Verfolgungswahn und bringt wahrscheinlich auch nicht die Kraft auf, sich von der Wirklichkeit zu trennen. Der Massenmörder Wagner hat das Verhängnis seiner Anlage selbst gefühlt und in wunderbar treffender Weise ausgedrückt:

„Ihr werdet darum begreifen, wenn ich für den an Leib und Gewissen robusten Menschen schwärme, wenn mir die Starken, die Unbekümmerten, die Draufgänger, die Verbrecher und die Bestien imponieren. Sie alle denke ich als Gegenstück zu mir. Ich habe mir in diesem Stück nichts angelesen, wie ich überhaupt sehr selbständigen Geistes bin. Mich hat der „Modephilosoph“ nicht verführt, und ich will bei dieser Gelegenheit den Nietzschekärrnern bemerken, daß der Schlüssel zum Verständnis seiner Schriften Schwäche heißt. Das Gefühl der Ohnmacht gebiert die starken Worte, die kühnen Angriffsfanfaren schmettern aus dem Horn, das Verfolgungswahnsinn heißt. Die Kennzeichen der wahren Stärke sind Ruhe und Güte. Den starken Menschen, von dem in unserer Literatur das Geschwätz geht, den gibt es gar nicht. Es gibt auch nicht den starken Mann in der Rolle des Volksbändigers. Die starken Menschen sind die, die ohne Rumor ihre Pflicht tun. Die haben weder Zeit noch Veranlassung, sich in Pose zu werfen und etwas Großes sein zu wollen.‘

Wahrscheinlich ist es kein Zufall, daß ich bei den meisten genauer beobachteten Paranoikern eine merkwürdig schwache Sexualität gefunden habe, was auf eine Insuffizienz der Triebe überhaupt oder auf innere Hemmungen hinweisen mag.

Die Anlage zu Paranoia würde also bestehen:

1. in einer sehr schaltungskräftigen Affektivität, die aber zum Unterschied von der hysterischen Anlage eine nachhaltige, stabile wäre, und

2. in einem starken Selbstgefühl, dem aber irgend eine Minderwertigkeit entgegensteht, und

3. in äußeren Schwierigkeiten, die diesen inneren Konflikt (der wahrscheinlich verdrängt werden wollte) verschärfen oder hervorrufen;

4. muß irgend ein Mißverhältnis zwischen Verstand und Affektivität bestehen, so daß in gewissen Dingen die letztere die Führung bekommt. Dieses Mißverhältnis ohne die anderen Eigentümlichkeiten würde aber nur zu katathymen Wahnideen oder hysterischer Launenhaftigkeit u. dgl., aber nicht zur Paranoia führen. Es bedarf noch vieler Forschungen, bevor man bestimmt reden kann. Jedenfalls aber gibt es nicht nur eine, sondern verschiedene Anlagen, die den obigen Bedingungen entsprechen, und aus denen das Bild der Paranoia herauswachsen kann.

Die Anlage zur Paranoia braucht nicht das Gleiche zu sein wie der „paranoische Charakter“, der mit Vorliebe die Handlungen der Umgebung auf sich bezieht und übel auslegt und dabei die Rechte anderer gegenüber den eigenen viel zu wenig wertet[1]).

---

[1]) Träger des paranoiden Charakters sind Psychopathen verschiedener Art, besonders häufig aber latente Schizophrene und Blutsverwandte von Schizophrenen.

Kraepelin denkt sich auch hier ein Stehenbleiben auf früheren Stufen als Ursache der Krankheit. In gewisser Beziehung hat er recht; die Schwäche der Sexualität, wenn sie wirklich vorhanden ist, würde auch dazu gehören; das „unentwickelte" (autistische!) Denken, das Überwiegen der Phantasie über die Wirklichkeit, die schwärmerische Sehnsucht nach überspannten Zielen, nach „Idealen", all das hat eine gewisse Verwandtschaft mit der kindlichen Psyche; aber vielleicht doch nur äußerlich, und das Wesentliche liegt meiner Ansicht nach nicht in der Kindlichkeit und ebensowenig in der Ähnlichkeit mit dem Wilden, der allerdings zu nach unserer Auffassung phantastischen und unlogischen (autistischen) Schlüssen neigt, aber doch nur Irrtümer und nicht Wahnideen bildet. Bei manchen „Entartungen", wie der Hysterie, die Kraepelin ebenfalls durch ein Stehenbleiben auf kindlicher Stufe erklärt, läßt sich die Analogie insofern noch weiter führen, als die Patienten sich mit der Reifung des Charakters im Durchschnitt wesentlich oder ganz bessern. Bei der Paranoia aber, die mit Vorliebe gerade im Mannesalter und noch später auftritt, fällt auch dieser Wahrscheinlichkeitsgrund weg.

Ferenczi findet die Ursachen der Paranoia in Verdrängung homosexueller Regungen; seine Beweisführung ist aber eine ganz ungenügende.

Die Franzosen haben früher die Paranoia zu den Monomanien gezählt, in der Meinung, daß es sich um eine ganz umschriebene Erkrankung der Psyche handle. Ein Streit, ob es Monomanien gibt oder nicht, ist müßig, da es eben auf die Auffassung ankommt, während die Tatsachen hier einigermaßen klar sind. Ebenso hat es keinen Sinn, darüber zu diskutieren, ob die Intelligenz der Paranoiker erhalten sei, weil sie außerhalb der Wahnideen richtig denken, oder ob die Kranken blödsinnig seien, weil sie in den Wahnideen Unsinn produzieren und nicht fähig seien, ihn zu korrigieren.

Man hat die Paranoia auch eine „Degenerationspsychose" genannt. Auf psychischem Gebiete kann ich mit dem Begriffe nicht viel anfangen; die Heredität der Krankheit ist wahrscheinlich nicht einmal eine besonders große. „Degenerationszeichen" auf körperlichem Gebiet haben die Paranoiker im ganzen sehr wenig; die meisten von ihnen sind sonst geistig und körperlich gut entwickelte Personen.

Es wurde auch hinter der Paranoia eine Prozeßkrankheit (Hirndegeneration) vermutet. Dafür ließ sich anführen: 1. das nicht seltene Sichtbarwerden von Prodromen, bevor die auslösende und symptombestimmende Situation eintritt, 2. die Unheilbarkeit und Unbeeinflußbarkeit des Wahnsystems, 3. der meist ins spätere Alter fallende Beginn und 4. die von innen heraus unabhängig von den Verhältnissen auftretenden Remissionen und Exazerbationen. Für die Unheilbarkeit haben wir aber bei den Traumatikern ein Beispiel, wie psychogene Ursachen, wenn sie anhaltend wirken, ein dauerndes Krankheitsbild hervorbringen, ferner bei der Erwartungsneurose, die ohne Behandlung nicht heilt. In analoger Weise kann man bei der Paranoia wenigstens wahrscheinlich machen, daß die Ursachen, der innere und äußere Zwiespalt, nicht zu beseitigen seien. Daß die Krankheit häufig im späteren Alter auftritt, könnte darin seinen Grund haben, daß eben dann erst diese Konflikte recht zum Bewußtsein kommen. Der Jüngling kann immer noch Hoffnungen auf Emporkommen haben, wenn er auch da und dort einmal gescheitert ist. Und die Veränderungen von innen bedürfen noch genauerer Konstatierung, da vielleicht doch äußere Momente oder rein psychogene Folgen der inneren „Verarbeitung", des Sichabfindens, solche Schwankungen bedingen können. Es ist also möglich, daß die Paranoia nichts als eine krankhafte Reaktion eines Psychopathen auf gewisse unangenehme Umstände sei.

Behandlung. Gegen die Krankheit ist nichts zu machen. Man muß sich mit ihr abfinden. Ein Teil der Patienten wird am besten sich selbst überlassen. Je mehr man ihnen helfen will, um so schlimmer. Eingreifen muß man dann, wenn sie gewalttätig werden oder ihr Vermögen vergeuden, im ersteren Fall mit Internierung, im zweiten Fall kann unter Umständen Bevormundung genügen (siehe „Paranoia" am Ende des forensischen Anhanges). Wenn es möglich ist, sollte man dauernde Anstaltsversorgung vermeiden, da die Kranken dabei natürlich erst recht verbittert gegen die Welt werden.

Konstitutionelle Aberrationen.

(XV. Originäre Krankheitszustände und XVI. Psychopathische Persönlichkeiten.)

Die in der Konstitution liegenden, in der Regel auf Heredität, aber gelegentlich auch auf überstandenen leichteren Hirnkrankheiten beruhenden psychischen Abweichungen vom Normalen, die nicht als ausgesprochene Geisteskrankheiten imponieren, werden mit verschiedenen Namen bezeichnet, aber immer unsicher begrenzt: Entartungen[1]), konstitutionelle, originäre Anomalien, Psychopathien usw. Im Vordergrunde stehen meistens die affektiven Eigentümlichkeiten.

Es handelt sich da um Abweichungen von der Norm nach allen möglichen Richtungen und Mischungen; der Natur der Sache nach können sie keine bestimmten Abgrenzungen haben. Jedes Individuum ist eigentlich wieder etwas Besonderes. Immerhin wiederholen sich gewisse Hauptzüge und Korrelationen häufig, so daß man zur Schilderung einige Typen besonders herausheben kann, ohne der Wirklichkeit zu große Gewalt anzutun. Man muß sich aber ganz klar sein, daß es sich nur um künstlich abgegrenzte Bilder handelt, neben und zwischen denen in der Wirklichkeit eine unendliche Schattierung von Variationen und Übergängen existiert.

Für meinen Geschmack die brauchbarste Heraushebung und wohl objektiv die beste Schilderung stammt wieder von KRAEPELIN. Er unterscheidet zunächst diejenigen Anomalien, die das Gepräge einer Krankheit tragen, als originäre Krankheitszustände (Nervosität, Zwangsneurose, impulsives Irresein und geschlechtliche Verirrungen) von der Gruppe der psychopathischen Persönlichkeiten, bei denen es sich mehr um persönliche Eigentümlichkeiten handelt (Erregbare, Haltlose, Triebmenschen, Verschrobene, Lügner und Schwindler, Gesellschaftsfeinde, Streitsüchtige). Allerdings könnte man die leichteren Formen der Nervosität ebensogut oder besser in die zweite Gruppe versetzen, und Zwangsneurosen und impulsives Irresein sind Syndrome, die als solche gar nicht originäre Anomalien sind, sondern aus der Anlage erst herausentwickelt werden, also in gewisser Beziehung zu den erworbenen Erscheinungen gehören. Wie die geschlechtlichen Anomalien aufzufassen sind, ist noch streitig.

XV. Die originären Krankheitszustände.

A. Die Nervosität.

Unter Nervosität versteht KRAEPELIN die „dauernde Beeinträchtigung der Lebensarbeit durch unzulängliche Veranlagung auf dem Gebiete der gemütlichen und namentlich der Willensleistungen. In der Hauptsache handelt es sich um eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen gemütliche Einflüsse einerseits und ungenügende Spannkraft des Willens anderseits. Damit verbindet sich in der Regel ein

[1]) Wir vermeiden den Namen und Begriff der „Entartung"; vergl. S. 140.

Mangel an Ebenmaß in der Ausbildung der gesamten psychischen Persönlichkeit". Die Verstandesentwicklung ist häufig eine gute oder sehr gute.

Die Hauptstörung liegt auf dem affektiven Gebiet; die Kranken reagieren stärker als andere sowohl auf innere als auf äußere Einflüsse. „Alles geht ihnen auf die Nerven"; sie sind leicht geärgert, aber auch leicht fröhlich. Besonders dadurch entsteht ihre Unfreiheit des Willens. „Es fehlt ihnen die zuverlässige Steuerung durch einen festen geschlossenen Charakter."

Nebenher geht oft eine gesteigerte Ermüdbarkeit, die sich aber gar nicht in allen Lagen zu zeigen pflegt. Begeisterung oder sonst eine günstige affektive Einstellung kann oft die Ermüdung für lange Zeit fern halten, so daß man sich in manchen Fällen fragen muß, ob nicht auch die erhöhte Ermüdbarkeit mehr als Affektwirkung wie als konstitutionelle Anomalie anzusehen sei.

So ist die Arbeitsfähigkeit eine unregelmäßige und im ganzen erheblich verminderte; dennoch neigen die Kranken im Durchschnitt zu Selbstüberschätzung.

Das Gedächtnis ist oft unzuverlässig, ungleich. Die Phantasie überwuchert leicht die Wirklichkeitsvorstellungen; die Sexualität spielt eine besonders große Rolle (KRAEPELIN zählt die sogenannte „sexuelle Neurasthenie" anderer Autoren hieher).

Natürlich haben diese Zustände keine Grenzen gegen die anderen nervösen Störungen wie die Hysterie und die Neurasthenie. Außerdem sehen die Prodrome ganz andersartiger Geisteskrankheiten, besonders der Paralyse und der Schizophrenie, diesen nervösen Erscheinungen oft zum Verwechseln ähnlich. Man muß also in jedem Falle auch an diese Psychosen denken und sie durch die Anamnese und die Abwesenheit ihrer spezifischen Symptome ausschließen.

Neben diesen allgemeinen Dauererscheinungen gibt es viele eigentlich krankhafte Züge, Idiosynkrasien, nervöse Dyspepsie, Schlaflosigkeit, hysterische Zeichen u. dgl.

Verlauf: Die Krankheit äußert sich meist schon in der Kindheit, erreicht ihre Höhe häufig im Jünglingsalter, um später bei vielen nach und nach sich abzuschwächen.

Bei seiner Abgrenzung findet KRAEPELIN 65 Proz. Männer.

Die Behandlung ist natürlich im wesentlichen eine psychisch erziehende; dabei sind die äußeren Verhältnisse so weit als möglich zu regeln. Von Medikamenten ist Brom zu erwähnen, das bei recht vielen Verstimmungen und (scheinbaren) Ermüdungen und reizbarer Schwäche in wenigen Dosen wie bei längerem Gebrauch oft recht gut wirkt.

B. Die Zwangsneurose.

KRAEPELIN faßt unter dem Namen der Zwangsneurose eine Reihe von Krankheitszuständen zusammen, deren gemeinsames Kennzeichen das lebhafte Gefühl der Überwältigung durch sich aufdrängende Vorstellungen oder Befürchtungen bildet. Dabei wird die Unrichtigkeit des Inhaltes gewöhnlich erkannt. Er scheidet sie in drei Klassen, die bloßen Zwangsvorstellungen im engeren Sinne, die Zwangsbefürchtungen oder Phobien und die Zwangsantriebe.

1. In den Zwangsvorstellungen drängt sich irgend eine Vorstellung, ein musikalisches Motiv, die Vorstellung einer Fratze, einer Gespensterhand, ein Geruch, eine Stimme auf, die man nicht los werden kann. Häufig handelt es sich um unangenehme Dinge: Ekelhaftes, unkeusche Vorgänge, Gotteslästerungen, dann **Fragen** (Fragesucht, Grübelsucht). Ihr Inhalt kann gleichgültig sein, z. B. wie die Möbel eines Zimmers angeordnet waren, warum der Tisch viereckig sei, welches Datum eine auf der Straße liegende Zeitung habe; andere Fragen betreffen die Schöpfung, die Unendlichkeit, Gott, Maria, dann wieder allerlei obszöne Probleme. Einzelne der Zwangsvorstellungen drängen zu einer Art Handeln, so die Arithmomanie, der Zwang, alles Mögliche zu zählen oder mit jeder dargebotenen Zahl eine Rechnung auszuführen u. ä.

Die **Befürchtungen** betreffen einmal ein drohendes Unglück: Vom Blitz erschlagen zu werden (Keraunophobie), bestohlen, von einem Tier angegriffen zu werden, im Wagen zu verunglücken, sich oder andere mit einem scharfen Gegenstand, der in der Nähe ist, zu verletzen (Aichmophobie), durch Herunterstürzen eines Gegenstandes getötet zu werden, sich mit Schmutz, mit Bakterien, mit Sublimat zu verunreinigen und sich und andere krank zu machen; gerade diejenigen Gedanken, die dem Kranken besonders schrecklich sind, tauchen am liebsten auf: Gotteslästerungen bei Religiösen, Mordtaten bei Weichherzigen usw.

Dann rechnet KRAEPELIN hieher die etwas eigenartig aussehenden Phobien der Platzangst (und Claustro-, Nyctophobie), Angst vor Reisen, vor Tunnels.

Die Angst vor Verantwortlichkeit drückt sich in dem Zwang aus, immer nachzusehen, ob ein weggeworfenes Streichholz nicht mehr brenne, ob die Türen, die Schränke geschlossen, die Briefe zugeklebt seien, ob sich kein Fehler in der Rechnung finde (Zweifelsucht, folie du doute). Andere Kranke sind gezwungen, immer besonders darauf zu achten, daß sie nichts übersehen; sie könnten ja z. B. einen Hilferuf überhören. Andere haben Angst, die Namen zu vergessen; sie müssen sie immer denken oder wiederholen (Onomatomanie). Andere fürchten sich vor dem Werkzeug oder haben sonst Angst, ihre Arbeit anzufangen (Aboulie professionnelle).

Die Angst vor einer Verschuldung besteht meist darin, etwas Böses oder Ungeschicktes zu tun oder getan zu haben; nicht nur durch eine beliebige Handlung, sondern auch durch einen Gedanken fürchten die Kranken eines ihrer Lieben umzubringen („Allmacht der Gedanken", die alle Zwangsneurosen gern begleitet). Dann wieder Befürchtungen, der Kranke müsse sich an einem bestimmten Haken aufhängen, etwas stehlen. Bei der Verkehrsangst (Homilophobie) fürchtet der Kranke z. B. auf ihn gerichtete Aufmerksamkeit der Menschen; hieher gehört die Examenangst, die Kleiderangst, die Errötungsangst (Ereuthrophobie); ein Lehrer hatte Angst, daß die Kinder ihm auf den Hosenschlitz sähen.

Auf diese Angst reagieren die Kranken meist sehr stark, zum Teil, indem sie alle Gelegenheiten vermeiden, in Konflikt zu kommen, oder indem sie im Sinne der Phobie handeln, bei Bakterienfurcht die Hände immer waschen, nichts berühren, was jemand anders berührt haben kann, bei Aichmophobie überall Nadeln suchen, ihre Briefe dreißigmal wieder aufmachen, um zu sehen, ob nicht einer falsch adressiert sei, zwanzigmal die Schwelle vor- und rückwärts überschreiten u. dgl. Ein

Kranker KRAEPELINs mußte die nämliche Stelle 73mal hintereinander mähen. Andere haben bestimmte Abwehrbewegungen und zauberähnliche Schutzformeln, die sie bei allen solchen Gelegenheiten anwenden müssen.

Die primären Zwangsantriebe, soweit sie zu Handlungen führen, sind viel seltener. KRAEPELIN denkt sich, daß sie etwas prinzipiell anderes seien; denn es handle sich für gewöhnlich nur um Befürchtungen, man könnte etwas tun. Doch kommen unzweifelhaft gelegentlich Zwangsantriebe, sogar mit Handlungen, vor, auch außer der Dementia praecox. Viele rechnen hieher auch die maladie des tics, Koprolalie, Echokinese, Miryachit u. ä.

Das, was in allen Fällen den Kranken zum Handeln oder zur Unterlassung von Handlungen treibt, ist die Angst. Oft können die Kranken die Zwangsideen einigermaßen überwinden, aber sie fürchten sich dann vor der Angst (Phobophobie).

In der Regel erkennen die Patienten die Unrichtigkeit oder den Unsinn der Zwangsideen, sie kämpfen *gegen* dieselben, während der Wahnkranke *mit* seiner Idee kämpft; doch ist namentlich bei den Befürchtungen, etwas Schlimmes anzustellen oder zu erleiden, eine Art Glauben trotz dieser Einsicht vorhanden, etwa, wie man „am Tag über Gespenster spottet und in der Nacht ungern von ihnen reden hört". Auf der Höhe des Affektes können sie für kurze Zeit in undiskutierbaren Wahn übergehen.

Neben diesen Zwangsformen, deren spezielle Aufzählung sich ins Ungemessene vermehren ließe, spricht man auch noch von Zwangsaffekten, Zwangshemmungen, Zwangsempfindungen, Zwangshalluzinationen u. ä. Ich weiß nicht recht, was darunter Faßbares zu verstehen sein soll.

Die Zwangsneurotiker sind meist wenig energische, ängstliche, sich unsicher fühlende, aber fleißige und gewissenhafte Leute. Die Stimmung neigt zu Gedrücktheit und Schreckhaftigkeit. Der Verstand ist auffallend oft über Mittel.

Körperliche Symptome der Zwangsneurosen sind alle möglichen nervösen und vasomotorischen Erscheinungen, dann hysteriforme Störungen.

Der Verlauf der Zwangsneurose ist ein sehr schleppender. Schwankungen in der Intensität können vorkommen, der Inhalt kann wechseln, während die Angst die nämliche bleibt. Dennoch ist das Bild im ganzen sehr eintönig.

Der Beginn fällt oft in Andeutungen schon in die Kindheit, sehr häufig in die Pubertät, in der Mehrzahl vor das 25. Altersjahr. Manchmal kann man ihn von einem bestimmten Ereignis an datieren, etwa Waschzwang von einem Samariterunterricht (KRAEPELIN), religiöse Skrupel von der ersten Kommunion. In der Involution tritt gewöhnlich allmähliche Besserung bis zu einer Art Heilung ein.

Die erste Ursache ist die hereditär-neurotische Anlage, die sich oft in der Familie in gleichartiger Weise äußert. In bezug auf die Verteilung nach den Geschlechtern schwanken die Angaben für die Männer von [illegible] (JANET) bis 60 Proz. (KRAEPELIN).

Die psychischen Mechanismen und damit die auslösenden Ursachen sind noch ungenügend bekannt. Von jeher ist ein Zusammenhang mit der Sexualität aufgefallen, und FREUD möchte alle Fälle auf sexuelle Komplexe zurückführen. Jedenfalls werden dabei oft Affekte von de-

ursprünglich auslösenden Idee auf andere Ideen übertragen. FRANK[1]) hat auch nachgewiesen, daß verdrängte Affekte durch neue ähnliche Erlebnisse zwangsauslösende Bedeutung bekommen können. KRAEPELIN betont auch hier die Ähnlichkeit mit kindlichen Neigungen zum Zählen, zu Befürchtungen u. dgl.

Die Zwangssyndrome kommen bei den verschiedensten Dispositionen und Krankheiten vor, namentlich bei Neurasthenie, beim manisch-depressiven Irresein, bei Dementia praecox; nur wenn sie selbständig auf einer psychopathischen Basis entstanden scheinen, nennt man das Bild Zwangsneurose. Entsprechend ihrer Genese ist diese oft gemischt mit beliebigen anderen nervösen oder hysterischen Symptomen.

Ausgang. Heilung ist in den Fällen eigentlicher Zwangsneurose nicht leicht zu erreichen. Geduldige Erziehung, Gedankenturnen nach OPPENHEIM, DUBOISsche Persuasion sollen Erfolg haben. Ich habe einige wenigstens praktisch vollwertige Heilungen bei Psychanalyse (nach FRANK) gesehen. KRAEPELIN warnt mit Recht, diese ängstlichen und der Energie ermangelnden Kranken unnötig lange aus der Berufstätigkeit herauszureißen. Sie sollen lieber an Arbeit und Tätigkeit gewöhnt und in Energie geübt werden.

C. Das impulsive Irresein.

Das impulsive Irreseins KRAEPELINs begreift in sich „diejenigen Formen des Entartungsirreseins, denen die Entwicklung einzelner krankhafter Neigungen und Triebe eigentümlich ist“[2]). Man hat sie früher als „Monomanien“ aufgefaßt (wie auch die Paranoia). Es sind aber keine Krankheitstypen, sondern Syndrome, die nicht einmal als solche einheitlich sind. „Pyromanie“ und „Kleptomanie“ kommen außer bei Psychopathen bei epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen vor, ferner als Folge von Alkoholvergiftung.

Am auffälligsten ist wohl der Trieb, Feuer anzulegen (Pyromanie), den wir am häufigsten bei jungen Leuten sehen, die sich in einer (subjektiv) unerträglichen Situation befinden, vor allem bei halbwüchsigen Dienstmädchen, die aus der eigenen Familie herausgerissen, am neuen Ort keinen Gefühlsanschluß finden können. Die Brandstiftung wird, trotz des Triebartigen in bezug auf die Hauptsache, das Brandstiftenwollen, ganz überlegt, oft mit einem gewissen Raffinement durchgeführt, so daß manche nicht gleich entdeckt werden. In solchen Fällen handelt es sich meist um ein einmaliges Verbrechen, doch können auch mehrfache, ja vielfache Wiederholungen vorkommen. Die Täter wissen in der Regel keinen genügenden Grund anzugeben, wenn nicht der Richter ihnen in sie hinein examiniert; die Tat war so wenig ihre eigene, daß sie, auch wenn sie sonst moralisch sind, nicht einmal ein richtiges Bedauern aufbringen. Die nächstliegende Erklärung ist die, daß sie durch Anzünden des Hauses, in dem es ihnen nicht zum Aushalten ist, eine Veränderung erzwingen wollen. Abgesehen davon, daß es dazu auch

[1]) Affektstörungen, Studien über ihre Ätiologie und Therapie. Springer, Berlin 1913.

[2]) ZIEHEN spricht von „phrenoleptischen“ Zuständen, braucht aber den Ausdruck auch noch in anderem Sinne, z. B. für die überwertigen Vorstellungen.

viele andere Mittel gäbe[1]), läßt sich die Erklärung gar nicht in allen Fällen anwenden, z. B. wo Häuser Fremder angezündet werden.

Bei einzelnen liegt die unerträgliche Situation in einem sexuellen Verhältnis oder in unglücklichen sexuellen Aspirationen. Andere haben beim Feueranlegen oder beim Ansehen des Feuers direkt sexuelle Erregungen. Eine große Rolle spielt auch der Alkohol. Manche zünden nur im Rausch an oder eine Zeitlang in jedem Rausch, ohne daß andere Gründe zu erkennen wären. Eine Disposition schafft jedenfalls auch die Menstruation.

Manchmal gehen der Tat deutliche Verstimmungen mit Angst, „Heimweh", Verdauungsstörungen u. dgl. voraus. Während der Ausführung scheinen die einen in einer Art Dämmerzustand zu sein, die anderen überlegen und bestehen einen bewußten Kampf zwischen Trieb und Moral; bei einzelnen kommt der Trieb plötzlich und wird gleich ausgeführt, ohne daß eine eigentliche Überlegung Zeit hätte, sich dazwischen zu schieben.

Die Pyromanie tritt jedenfalls bei sehr verschiedenen Dispositionen auf. Einzelne dieser Leute scheinen nicht einmal stark krankhaft zu sein und können später ein normales Leben führen.

Seltener sind die jungen Dienstmädchen, die in der nämlichen Situation die ihnen anvertrauten Kinder umbringen[2]), und die triebhaften Giftmischer (ebenfalls nur weiblichen Geschlechts), die offenbar nach ganz anderen Motiven handeln.

Zu den Impulsiven zählt Kraepelin auch einen Teil der anonymen Briefschreiber, von denen allerdings manche leicht zu durchschauende hysterische Phantasten sind, die zugleich oft sexuelle Befriedigung bei ihren Federbetätigungen finden.

Viel häufiger sind Kleptomanen, heutzutage besonders in der Form der Warenhausdiebinnen. Die letzteren (es scheint, daß allein das weibliche Geschlecht in dieser Weise betroffen werde) erliegen dem raffinierten Reiz der Auslagen und stehlen Brauchbares und Unbrauchbares zusammen (wie es scheint, oft nur zur Zeit der Menstruation). Die Kleptomanen im alten Sinne können auch sonst dem Reiz, sich Dinge anzueignen, nicht widerstehen, wieder ohne Rücksicht darauf, ob sie sie verwerten können oder nicht; sie stapeln sie auf, verschenken sie, vernichten sie oder lassen sie unter Umständen sogar den Bestohlenen wieder zukommen. Die Moral solcher Leute kann im übrigen eine ganz gute sein. In einzelnen Fällen ist auch hier Verbindung des Stehlaktes mit sexuellen Gefühlen nachgewiesen worden; im ganzen aber kennen wir die Genese der Kleptomanie noch nicht. Bewußtseinstrübung und geradezu hysteriforme Dämmerzustände begleiten etwa das Delikt. Man kann dann aber ebensogut von Stehlen in hysterischem Anfalle sprechen.

Selbstverständlich hat man sich vor zu häufiger Diagnose der Kleptomanie zu hüten. Nicht nur ein „Trieb" im gewöhnlichen Sinne etwa zu nehmen, sondern ein krankhafter Trieb muß nachgewiesen werden. Am leichtesten ist das in den Fällen, wo auch ganz unbrauchbare Dinge

---

[1]) Ein sehr intelligentes Mädchen zerstörte in der nämlichen Situation in der Freudschen unbewußten Manier Geschirr, zum Teil in kurzen Ohnmachten, bis uns der Zusammenhang klar wurde.

[2]) Eine andere Art der Entladung ist der Selbstmord (vergl. Jaspers, Heimweh und Verbrechen. Diss. Heidelberg 1909).

gestohlen werden, oder wo der Dieb das Gestohlene gar nicht benutzt oder auf irgend welchen Wegen wieder zurückerstattet.

Als letzte Kategorie erwähnt KRAEPELIN die Kaufsüchtigen (Oniomanen), bei denen auch das Kaufen triebhaft ist und zu unsinnigem Schuldenmachen führt, wobei von einem Nagel an den anderen gehängt wird, bis eine Katastrophe für kürzere Zeit die Situation ein wenig klärt – ein wenig, aber niemals ganz, weil sie nie alle Schulden eingestehen. Es handelt sich auch hier nach KRAEPELIN immer um Frauen. Natürlich gehören die gewöhnlichen leichtfertigen Schuldenmacher, die sich auf diese Weise die Mittel zu Genüssen verschaffen wollen, nicht hieher. Das Besondere ist das Triebhafte, das Nicht-anders-können, das sich manchmal schon darin ausdrückt, daß die Kranken oft trotz guter Schulintelligenz vollständig unfähig sind, anderes zu denken, sich die unsinnigen Folgen ihres Handelns und die Möglichkeiten, es nicht zu tun, vorzustellen. Sie fühlen also auch keinen Zwang, sondern handeln aus ihrer Natur heraus wie die Raupe, die Blätter frißt.

Hier mögen auch noch die krankhaften Sammler angeführt werden, die unsinnig viel Zeit und Geld einer Marotte opfern und sehr leicht ohne sonstige moralische Schwächen auch zum Stehlen kommen. (KRAEPELIN erwähnt sie unter den Triebmenschen bei den psychopathischen Persönlichkeiten.)

D. Die geschlechtlichen Verirrungen.

Unter den geschlechtlichen Verirrungen ist die **Onanie** so häufig, daß man sich streitet, inwiefern sie eigentlich abnorm sei. Jedenfalls ist sie dann krankhaft, wenn sie in der frühen Kindheit (unter Umständen schon im ersten Jahr) spontan[1]) auftritt oder wenn sie maßlos getrieben, und nicht nur aus moralischen oder anderen Gründen als Ersatz für den normalen Geschlechtsverkehr ausgeübt wird („Notonanie"). Sie ist übrigens regelmäßige Begleiterin auch der eigentlichen sexuellen Abnormitäten. Sie wird nicht nur durch Reizung der Geschlechtsteile, sondern unter Umständen durch bloße Phantasiebetätigung ausgeübt, die zum Orgasmus führt („psychische Onanie").

Natürlich wird die Onanie leicht schädlich, da sie alle Gelegenheit zu Übertreibungen gibt, vom normalen Geschlechtsziel ablenkt, vor allem aber, indem sie durch Schuldgefühle und den beständigen ergebnislosen Kampf gegen das „Laster" die psychische Kraft aufzehrt, das Selbstvertrauen vermindert und Anlaß zu hypochondrischen und neurotischen Symptomen oft schwerster Art gibt (vgl. S. 146).

Bei der Behandlung der Onanie sind schwere Strafen, lange Predigten und mechanische Beschränkungen meist schädlich und vielleicht niemals nützlich, während Ablenkung durch Spiel und Arbeit, Erweckung anderer Interessen und gesunde Bezeugung natürlicher Zuneigung oft relativ leicht die schlimme Gewohnheit vergessen machen.

Von der Onanie zu trennen ist das geschlechtliche Verliebtsein in die eigene Gestalt und Person, der **Narzismus**, den FREUD als eine normale Durchgangsstufe der sexuellen Entwicklung ansieht, und der sich an der Wurzel mancher Psychosen und Neurosen finden soll.

[1]) Nicht so selten reizen Kindermädchen verbrecherischerweise zur Beruhigung der Kleinen oder zur eigenen Wollust die Geschlechtsteile der ihnen Anvertrauten und gewöhnen dadurch auch gesunde Kinder an die Onanie.

Die normale Anlockung des anderen Geschlechtes kann im **Exhibitionismus** zum krankhaften Triebe werden, indem die Patienten, auch wenn Gelegenheit zum normalen Verkehr vorhanden ist, ihre wahre Befriedigung nur in der Ausstellung der Genitalien (eventuell anderer sonst bedeckter Körperteile) mit oder ohne gleichzeitige Onanie finden. Bei Imbezillen bildet die Exhibition nicht selten einen Ersatz für den unzugänglichen Koitus. Bei organischen Geisteskrankheiten kommt sie aus nicht ganz durchsichtigen Gründen oft vor, bei der Epilepsie manchmal in Dämmerzuständen.

Der **Fetischismus** ist eine pathologische Übertreibung der normalen Übertragung erotischer Gefühle auf Körperteile und Objekte der geliebten Person (Haare, „Zopfabschneider"; Kleidungsstücke, namentlich Schuhe). Die betreffenden Objekte werden nicht immer auf legalem Wege erworben, sondern häufig ohne Not gestohlen, indem offenbar der Diebstahl zur sexuellen Befriedigung beiträgt. Sie sollen etwa durch den Anblick reizen, meist aber werden sie in Berührung mit den Genitalien gebracht und zur Onanie gebraucht. Der normale Koitus wird gewöhnlich nicht begehrt; einzelnen dient aber der Fetisch dazu, sich potent zu machen.

Die **Voyeurs** finden ihre Befriedigung durch Zuschauen beim Koitus anderer, die **Renifleurs** beim Einatmen von Urinduft, die **Koprolagnisten** bei intimerer Berührung oder gar bei Verschlingen von Exkrementen.

Eine andere Art Verschiebung im Objekt ist die **Pädophilie** (nicht zu verwechseln mit Päderastie), die Neigung, mit Kindern des anderen Geschlechtes zu verkehren, die vielleicht am häufigsten bei Dementia senilis als erworbene Anomalie vorkommt (auch bei Imbezillen ist sie faute de mieux nicht selten).

Der **Sadismus**[1]) ist die Übertreibung der erotischen Lust zu beherrschen und zu quälen, die namentlich das Männchen auch bei Tieren so häufig zeigt, der **Masochismus**[2]) die Karikatur der (weiblichen) Unterwerfung und eines gewissen erotischen Vergnügens am Leiden von Schmerzen. Die Eigentümlichkeit wird dadurch pathologisch, daß sie übertrieben wird und nicht mehr Begleiterscheinung des erotischen Aktes ist, sondern selbständiges Ziel wird, indem ihre Träger im Schmerzzufügen oder -erleiden das einzige oder doch das notwendige Mittel zur Befriedigung sehen. Die beiden Abnormitäten finden sich selten isoliert; gewöhnlich verbinden sie sich beim nämlichen Individuum, wenn auch in der Regel die eine stark vorherrscht. Sadismus und Masochismus werden auch als a k t i v e resp. p a s s i v e A l g o l a g n i e bezeichnet.

Der Name der **Sodomie** hat wie derjenige der Onanie seine Bedeutung verschoben. Er bezeichnet jetzt durchwegs den Verkehr mit Tieren, der in der Regel faute de mieux, also nicht eigentlich aus einer krankhaften Alteration des Triebes heraus, geübt wird, und zwar besonders von halbreifen Leuten, einsamen Hirten, Imbezillen und dann von weiblichen Personen, die intim mit ihrem Hunde leben.

In seltenen Fällen haben die sexuellen Aberrationen (wie auch die Stärke des Triebes) p e r i o d i s c h e n C h a r a k t e r, indem sie von Zeit zu Zeit, aber meist nur für wenige Tage, auftreten und dem normalen

---

[1]) Von Marquis DE SADE, einem die Anomalie zur Schau stellenden Schriftsteller.

[2]) Von SACHER-MASOCH, der die Anomalie in seinen Novellen verwendete.

(oder sexualschwachen) Verhalten Platz machen. Häufiger treten Abnormitäten bloß unter **Alkoholwirkung** auf.

Die größte Bedeutung unter den geschlechtlichen Verirrungen hat die **Homosexualität**, von der mehr als ein Prozent der Menschen betroffen sein soll. Sie ist zu allgemein bekannt, als daß sie hier beschrieben werden müßte.

Als **Päderastie** bezeichnet man heutzutage bloß die Befriedigung des Mannes mit männlichen Individuen durch Coitus in ano. Sie ist viel weniger häufig, als das Gerede darüber glauben machen könnte.

Die **Theorie der sexuellen Abweichungen** liegt trotz ihrer großen Literatur noch recht im Argen. Die Großzahl ihrer Träger sind auch sonst Psychopathen, aber der verschiedensten Richtungen. Die moralischen Eigenschaften haben keinen direkten Zusammenhang mit der sexuellen Abnormität; doch sieht natürlich der Irrenarzt eine Auswahl, in der die Moralisch-Defekten dominieren.

Man nimmt an, daß bei gewissen abnormen Dispositionen zufällige Assoziationen beim ersten Auftreten des Geschlechtstriebes sich festlegen können und so zur Aberration führen. Namentlich beim Fetischismus lassen sich sehr häufig solche Erlebnisse, die in die ersten Kinderjahre zurückgehen, auffinden. Bei der Homosexualität streitet man sich, ob nicht für die Mehrzahl der Fälle eine angeborene Eigentümlichkeit vorliege. Dies wird dadurch wahrscheinlich gemacht, daß sonst zu viele Menschen durch irgend eine zufällige Assoziation homosexuell werden müßten; ferner spricht dafür die auffallende Häufigkeit auch anderer körperlicher[1]) und geistiger Merkmale des anderen Geschlechtes, die auf psychischem Gebiete sehr oft bis in die erste Kindheit sich verfolgen lassen, vielleicht auch die Heredität. Doch kann man der Auffassung, die auch KRAEPELIN teilt, daß es sich bei allen sexuellen Verirrungen um Entgleisungen durch zufällige Erlebnisse bei „Entarteten" handle, die nicht imstande sind, in normale Bahnen zurückzukehren, nicht mit sicheren Beweisen entgegentreten. Wie geartet diese Entgleisungen wären, wissen wir indes noch nicht recht; jedenfalls verhält es sich nicht so, daß z. B. die Homosexualität durch „Übersättigung in normalen Ausschweifungen" entstehe, wie man früher gerne annahm. Anderseits muß man auch beim Normalen die geschlechtliche Betätigung niemals zu enge abgrenzen wollen; nihil mirari und nihil impossibile muß auf diesem Gebiet beständig vor Augen gehalten werden.

Die verschiedenen Arten von Parasexualität sind gewöhnlich verbunden mit einem **vorzeitigen Auftreten des Geschlechtstriebes** und können sich deshalb auch sehr früh bemerkbar machen, oft schon mit drei, vier Jahren. Die meisten sind unheilbar, zum Teil schon deshalb, weil solche Patienten dem Gefühle nach eigentlich doch ihre Art Geschlechtstrieb als die einzig erfreuliche betrachten und darum vor einer „Heilung" ebensoviel Schrecken haben, wie der Normale vor einer Kastration.

In leichteren Fällen kann man durch richtige Erziehung, eventuell durch Hypnose noch etwas ausrichten. Aber auch da, wo Heilungen potentia nicht ausgeschlossen wären, sind sie meist nicht zu erreichen,

[1]) „Androgyne" = Männer mit weiblichem, „Gynandrier" = Frauen mit männlichem Körperbau.

weil die Technik eine zu klippenreiche ist. Wenn ein solcher Patient nicht verheiratet ist, wie soll man ihn nach und nach in den normalen Geschlechtsverkehr einführen, ohne ihn neuen moralischen und anderen Gefahren auszusetzen? Da, wo durch Selbstbeherrschung etwas zu erreichen ist, tut man unter allen Umständen gut, die Kranken zur Alkoholabstinenz zu erziehen, nicht nur wegen der Wirkung auf die Triebhemmung, sondern auch deswegen, weil der Alkohol etwa die Perversion erst hervortreten läßt.

XVI. Die psychopathischen Persönlichkeiten.

Was im allgemeinen von den konstitutionellen Aberrationen gesagt worden, gilt ganz besonders für die psychopathischen Persönlichkeiten. Die hierher gehörenden Krankheitsbilder haben weder untereinander noch gegen das Normale hin scharfe Grenzen — ich möchte sagen Grenzen überhaupt; von welchem Grad der Intensität und der Häufung an man den Psychopathen als krank bezeichnen will, ist willkürlich. Von der Gruppe aus gibt es breite Übergangs- und Mischzonen zu allen nervösen Krankheiten, namentlich auch zur Hysterie. Paranoide Veranlagung braucht nicht in jedem Falle zur Paranoia zu führen. Symptome der verschiedenen Bilder können beim nämlichen Patienten sich mischen, und es kommen immer noch andere, in die Beschreibungen nicht aufgenommene Züge hinzu; namentlich fehlen affektive Abnormitäten und neurotische Erscheinungen fast nie. Außerdem lassen sich viele Psychopathen noch nicht von latenten eigentlichen Geisteskranken unterscheiden (latente Schizophrenie, Epilepsie, Zyklothymie).

Kraepelin faßt die Psychopathien als umschriebene Entwicklungshemmungen auf, die er den allgemeinen Hemmungen (Oligophrenien) gegenüberstellt. Obschon manche Analogien vorhanden sind, und die Entwicklung im späteren Alter manche dieser Krankheitssymptome abschwächt, kann ich mich damit nicht befreunden. Bei allen domestizierten Lebewesen gibt es viele und allseitige Abweichungen von der Norm, so gewiß auch beim Menschen; es ist deshalb wahrscheinlich, daß die Großzahl der Psychopathen zu der Klasse dieser Abweichenden gehöre. Außerdem läßt sich durch Infantilismus viel zu viel erklären, und vor allem ist der Begriff der Entwicklungshemmung, sobald man ihn auf die Tatsachen anwenden will, noch ganz unklar und auch in einfacheren Verhältnissen als in der Psychiatrie nur selten wirklich brauchbar. Dies nur einige Andeutungen von Einwendungen.

A. Die Erregbaren.

Die Erregbaren reagieren auf Einflüsse von außen in ganz akuter Weise übertrieben stark, und zwar in der Form von höchstens einige Stunden dauernden Wutanfällen, Verzweiflung mit Selbstmord, Angstanfällen oder auch stuporösen Zuständen. Während des Anfalls ist die Überlegung eine ganz ungenügende. Manche sind geradezu in einer Art Dämmerzustand; die Erinnerung ist oft nachher stark getrübt. Eifersucht und Alkohol sind besonders häufig diejenigen Ursachen, welche die krankhafte Exaltation auslösen.

B. Die Haltlosen.

Die Haltlosen werden gekennzeichnet durch Mangel an Nachhaltigkeit der affektiven Funktionen und damit übertriebene Bestimmbarkeit des Willens durch die verschiedensten inneren und äußeren momentanen Einflüsse; es sind „wechselwarme Milieumenschen". Viele werden Leichtsinnsverbrecher. Unter ihnen gibt es lebhaft erregbare bis apathische Temperamente.

24jähr. Kaufmann. Vater, ein guter Mann, aber zu großzügig, verbrauchte das Familienvermögen. Mutter reizbar, launisch, willensschwach; ihr Vater war leichtsinnig, brachte ebenfalls das Vermögen durch, bigam. Patient selbst hatte eine unregelmäßige Schulbildung, war aber guter Schüler, mußte nach dem Tode des Vaters als Lehrling in ein Geschäft, wo er ziemlich viel Geld aus der Markenkasse unterschlug. Kam in eine Erziehungsanstalt, wo es gut ging, durfte aber daneben, weil er eine schöne Stimme hatte, Gesangstunden nehmen. Schon um die Pubertät herum hinterließ er da und dort unbezahlte Rechnungen. Etwas später war er mehr als ein Jahr lang bei einer Tante untergebracht, die er in merkwürdiger Weise aussaugen konnte, so daß sie sich selbst in ein Dachzimmer zurückzog und wieder mit Handarbeit zu verdienen anfing, während er für sich einen Salon und Schlafzimmer hatte und überhaupt ein großes Leben führte. Er war in einigen Geschäften tätig und hatte offenbar auch mehrere Engagements als Opernsänger, konnte aber nirgends bleiben, zum Teil, wiewohl nicht immer, weil er Schulden machte, um die sich die Polizei kümmerte. Eine Anklage wurde fallen gelassen, da er mehr leichtsinnig als betrügerisch gehandelt habe; bei einigen anderen, zunächst als Betrug aussehenden Gelderwerbungen, kam es nicht einmal zur Anklage. Durch Vorweisung eines gefälschten Anstellungsvertrages betrog er auch das Waisenamt (23jährig). Schließlich verlobte er sich mit einem Mädchen ebenfalls etwas leichten Charakters, von dem er teils unter Vorspiegelung falscher Tatsachen, teils auch sonst größere Summen erhielt, an deren Verbrauch es allerdings nicht immer unbeteiligt war. Zu guter Letzt mußte es ihn verklagen. So kam Patient zur Untersuchung. Wir fanden eine recht gute Intelligenz, aber einen leicht moralischen Defekt, der ihn nicht recht bereuen ließ, was er Schlimmes getan. Doch zeigte sich in seinem Vorleben, daß er immer wieder gute Vorsätze gefaßt, an neuen Stellen jeweilen kurze Zeit gut gearbeitet hatte, bis die Versuchung ihn wieder übermannte, was gewöhnlich nach wenigen Wochen oder Monaten der Fall war. Äußerlich trat er elegant und für gewöhnlich auch sicher auf. Seine Affektivität aber zeigte bei der Untersuchung eine Überhastigkeit und große Unfähigkeit, den Willen entsprechend den Aufgaben anzuspannen und bis zur Lösung der Aufgabe auf der nötigen Höhe zu halten. Das zeigte sich wie im Leben so auch schon bei recht einfachen Prüfungen, bei denen er die Aufmerksamkeit nie genügend lange konzentrieren, Entschlüsse nicht bis zu Ende durchführen konnte. In seinen schriftlichen Arbeiten fing er jeweilen recht gut an, verlor aber dann den Faden oder wurde von unbrauchbarer Kürze und hörte auf, ohne vollendet zu haben. Über sein Geldgebaren war er selber ganz ungenügend unterrichtet. Ob er einen Schuldschein von 6000 oder 7000 Franken unterschrieben, hatte er sich nicht gemerkt. Weder er noch seine Braut konnten einigermaßen genau angeben, wie viel er ihr eigentlich abgeknöpft hatte. Schon bei einfachen Rechenaufgaben überstürzte er sich gewöhnlich zunächst, obschon er gut rechnen konnte. Drang man in ihn, Klarheit über seine Verbrechen zu geben, so wurde er nicht nur unsicher und machte alles durcheinander, sondern er fing auch ganz unnützerweise, ja gegen sein Interesse, unsinnig zu lügen an. Wir mußten ihn für seine Betrügereien, die übrigens auch jetzt mehr als Leichtsinn gegenüber einer viel zu leichtgläubigen Person, denn als eigentliche Verbrechen gewertet wurden, für zurechnungsfähig erklären, aber als unfähig, seine Angelegenheiten zu besorgen. Letzteres in der Hoffnung, daß die feste Hand eines Vormundes ihn in besseren Bahnen halten könne.

C. Die Triebmenschen.

Die Triebmenschen umfassen nach KRAEPELIN die nicht ganz gleichwertigen Gruppen der Verschwender, der Wanderer, der Dipsomanen.

Die **Verschwender** können — oft trotz guter Intelligenz — einfach nicht mit den pekuniären Verhältnissen rechnen, machen, manchmal mit großem Raffinement, Schulden über Schulden und ruinieren sich und oft viele andere Leute, mit denen sie in Beziehungen kommen.

Die **Wanderer** KRAEPELINs sind rastlose Leute, denen es nirgends wohl ist, und die deshalb nirgends aushalten und von Ort zu Ort ziehen. Es ist aber hinzuzufügen, daß der krankhafte Wandertrieb weder eine einheitliche Krankheit, noch auch nur ein einheitliches Syndrom ist. Neben den eben angedeuteten Typen gibt es mehrere andere, z. B. die Unternehmungslustigen, ferner Leute, die zuerst an jedem neuen Ort sich gefallen, denen es dann aber „bald verleidet", Empfindliche der verschiedensten Kategorien, die überall Krach bekommen und deswegen davonlaufen, Poriomanen, die durch hysterische, schizophrene oder epileptische Verstimmungen und unklare Zustände in die Weite hinausgetrieben werden.

Auch die **Dipsomanen** sind keine einheitliche Kategorie. (Vgl. bei Alkoholismus S. 205.)

KRAEPELIN erwähnt dann noch die **Spielwut** und die **Sammelwut** und bringt die ganze Klasse in Beziehung zur Affektepilepsie.

D. Die Verschrobenen.

Den Verschrobenen fehlt die Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit in ihrem Seelenleben. Schiefe Auffassungen der Verhältnisse, schiefe logische Operationen, sonderbare Ansichten und oft auch Ausdrucksweisen bringen sie den latenten Schizophrenen äußerlich nahe, von denen sie noch nicht leicht abgrenzbar sind, obschon es sicher ist, daß solche Typen auch auf angeborener Anomalie beruhen können.

E. Die Lügner und Schwindler (Pseudologia phantastica S. 80).

Alle die krankhaften Lügner und Schwindler leiden an einer übertriebenen Phantasietätigkeit mit Unstetigkeit und Planlosigkeit des Willens. Sie denken sich so sehr in phantasierte Stellungen und Rollen hinein, daß sie, die Unwirklichkeit dieser Gebilde vergessend, ihr Handeln von ihnen bestimmen lassen. Wenn ihnen nicht starke moralische Gefühle zur Verfügung stehen, müssen sie natürlich Hochstapler und Schwindler werden. Aus begreiflichen Gründen ist Verquickung mit hysterischen Symptomen sehr häufig, aber nicht notwendig (vgl. Hysterie). Merkwürdigerweise habe ich das Syndrom zweimal als Vorläufer eigentlicher Psychosen auftreten sehen (Paralyse und Dementia praecox) in so ausgesprochener Weise, daß ich die Grundkrankheiten längere Zeit übersah.

Beispiel: Ein Patient HENNEBERGs[1]), der einige Zeit Theologie und Jura studiert und auch eine Preisaufgabe gelöst hatte, legte sich den Titel „Dr. jur." bei, eröffnete gleich mehrere kaufmännische Bureaux, kaufte dazu eine große Schnellpresse, alles mit erschwindeltem Gelde, diktierte zahllose fingierte Geschäftsbriefe, die er indessen nicht absandte, verschleuderte viel Geld für Theaterbillette, die er als angebliche Freibillette verschenkte. Weiteres Beispiel s. S. 80.

F. Gesellschaftsfeinde.

(Antisoziale, moralische Idioten und moralische Imbezille. Moral insanity[2]).

Es ist selbstverständlich, daß mancherlei Veranlagung zum Verbrechen führt. Namentlich von den Haltlosen und den Pseudologen

[1]) Zur forensischen und klinischen Beurteilung der Pseudologia phantastica. Charité-Annalen, XXV. Jahrg. 375. Ref.: Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psych. 1902, XXV Jahrg. S. 282.

[2]) Als moral insanity bezeichnete PRICHARD vor langer Zeit Krankheiten, bei denen das Moralische im weiten Sinne des englischen Ausdrucks affiziert schien, d. h. bei

kommen viele habituell mit der Gesellschaftsordnung in Konflikt[1]). Es gibt aber außerdem eine Klasse, die durch Verkümmern (moralische Imbezille) oder geradezu Fehlen der Gefühlsbetonungen (moralische Idioten) bei allen Vorstellungen, die das Wohl und Wehe anderer betreffen, in toto zum Verbrechen prädestiniert ist („geborene Verbrecher"). Mitgefühl mit anderen, instinktives Empfinden der Rechte anderer fehlt oder ist ganz ungenügend entwickelt. Daneben können die anderen Arten von Gefühlsregungen vollständig erhalten oder ebenfalls betroffen sein, aber nur in gewissem Grade, denn gänzlich Apathische, „Gemütlose" werden natürlich nicht zu gefährlichen Verbrechern. Auch für die als Antisoziale Herausgehobenen ist die Gefährlichkeit direkt abhängig davon, ob und in welchem Grade der Ausfall moralischer Gefühle mit positiven schlechten Trieben und überhaupt Aktivität vergesellschaftet sei. Der bloß herzlose Mensch wird anderen Schmerzen zufügen, wenn er sich dadurch einen Vorteil verschaffen kann; hat er aber Freude an den Schmerzen anderer, so wird er direkt darauf ausgehen, seine Mitmenschen zu quälen, auch wenn er dadurch keinen anderen Nutzen hat. Man kann stehlen aus bloßer Faulheit und aus Mangel an moralischen Gefühlen oder aus positiver Freude daran, auf diese Weise seinen Unterhalt zu gewinnen. Allerdings stellen sich alle diese Leute nach und nach in den Gegensatz zur Gesellschaft, die sich eben mit Repressalien gegen sie verteidigt; viele fühlen sich schließlich als Vorkämpfer der Freiheit und Gerechtigkeit gegenüber einer heuchlerischen und gewalttätigen Ordnung. Fast allen den verschiedenen Arten verbrecherischer Naturen ist eine Scheu vor geordneter Arbeit oder wenigstens ein Mangel an andauernder Arbeitsfähigkeit gemeinsam.

Die Intelligenz der Antisozialen ist sehr verschieden, häufiger schlecht als gut, doch ist es eine am grünen Tisch konstruierte Fabel, daß der moralische Defekt eine Folge schlecht entwickelter Intelligenz sein müsse.

---

denen unrichtig gehandelt wurde, obschon eine Verwirrung der Gedanken nicht nachweisbar war. Dahin gehörten vor allem die Submanien (folie raisonnante der Franzosen), dann auch Zwangsimpulse u. a. In die deutsche Psychiatrie wurde der Name in der Bedeutung des Defektes der moralischen Gefühle herübergenommen. Name und Begriff sind wegen vielfachen praktischen und theoretischen Mißbrauches in Mißkredit gekommen. Der Begriff ist immerhin in der Psychiatrie nicht zu entbehren, weil er eine bestimmte Krankheit bezeichnet; daß aber der Name ersetzt werden sollte, darüber ist man einig. Gegen KRAEPELINs Ausdrücke „Gesellschaftsfeinde" und „Antisoziale" habe ich einzuwenden, daß sie sich nicht auf den engen Begriff des moralischen Gefühlsdefekts beschränken lassen, da es noch mancherlei andere Gesellschaftsfeinde und Antisoziale gibt, und gerade bei solchen streitigen Begriffen führt ein wenig bezeichnender Name regelmäßig zu vielen unnützen Diskussionen. Ich ziehe deshalb die Ausdrücke moralische Idioten und Imbezille vor, den ersten für den absoluten Mangel der Moralgefühle, den zweiten für einen geringen Grad der Störung. Man kann sie zusammenfassen unter dem Namen der moralischen Oligophrenien. Die moralischen Idioten bilden den Kern des LOMBROSOschen Begriffes des Reo nato; doch umfaßt dieser in unklarer innerer Gliederung auch andere Verbrechernaturen, z. B. den jähzornigen und rachsüchtigen Rohling oder Leute mit epileptoidem Charakter.

[1]) ASCHAFFENBURG (Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg, Karl Winter, ein Buch, das man kennen sollte) teilt die Verbrecher ein in 1. Zufalls-, 2. Affekt-, 3. Gelegenheitsverbrecher. Diese drei Gruppen zusammen bilden die Augenblicksverbrecher. Ferner 4. Vorbedachts-, 5. Rückfalls-, 6. Gewohnheits- und 7. Berufsverbrecher. Die Gewohnheitsverbrecher bleiben Verbrecher hauptsächlich aus negativen Eigenschaften; sie stehlen aus Not, weil sie nicht gearbeitet haben usw., die Berufsverbrecher haben positive kriminelle Begierden. Unter ihnen sind die gefährlichen Einbrecher, welche nur vom Verbrechen leben.

Häufiger finden wir intellektuell verschrobene Leute unter den Antisozialen. Daß die mangelnde moralische Affektivität dem Denken auf ethischem Gebiet Hindernisse bereitet, ist selbstverständlich. Vielleicht gibt es auch eine genetische Verbindung der moralischen Triebe mit moralischem Verständnis zu einer Art Einheit, etwa wie Trieb zur Musik oder zur Mathematik mit einer Befähigung im gleichen Sinne gern verbunden ist. Die beiden Seiten würden dann mit Vorliebe zugleich schlecht oder zugleich gut entwickelt sein.

Der moralische Defekt ist in der Regel angeboren und auch angeerbt, wenn auch durch Hirnverletzungen nicht nur Reizbarkeit, sondern auch gefühlsmäßiger Mangel an Rücksicht auf die anderen und sogar Freude am Schikanieren entstehen kann. In leichteren Fällen kann er sich in geeignetem Milieu noch einigermaßen bessern, doch kaum mehr nach dem zwanzigsten Jahr. Man vergesse aber nicht, daß bei Kindern auch wiederholte kriminelle Handlungen, ganz abgesehen von den durch das Milieu eingegebenen (Stehlen bei den Spartanern im Auftrag der Pflegeeltern), gar nicht immer ein Zeichen schlechter Entwicklung der Moral zu sein brauchen. Solche einfach im Milieu „verkommene" Menschen sind zum Teil noch erziehbar.

Die Aufstellung des Begriffes des Reo nato durch Lombroso hat seinerzeit zu einer zwei Jahrzehnte dauernden sehr temperamentvollen Kontroverse Anlaß gegeben. Jetzt frägt man sich wohl nur noch, ob es ein isoliertes Fehlen der moralischen Gefühle gibt oder nicht. Zur Zeit wird diese Frage von den meisten bejaht, und ganz sicher ist, daß einerseits der Stand der Moral in keinen Beziehungen zum Stand der Intelligenz steht, und anderseits ein Fehlen der Moral vorkommen kann bei Leuten, denen unsere jetzigen Hilfsmittel weder eine andere krankhafte Anlage, noch eine Geisteskrankheit, noch einen Intelligenzdefekt nachweisen können. Lombrosos Auffassung des Reo nato als Epileptiker oder als Atavist ist sicher falsch. Es ist auch nicht richtig, daß derselbe einem Kinde ähnlich sei; das normale Kind hat, sobald es sich in dieser Richtung äußern kann, altruistische Gefühle; es versteht nur die Komplikation der Verhältnisse nicht genügend, so daß die Gefühlsbetonung in manchen Situationen fehlen muß, wo sie bei dem die Tragweite der Dinge allseitiger übersehenden Erwachsenen ohne weiteres anschlagen würde.

Die Behandlung der psychopathischen Persönlichkeiten ist leider eine nicht sehr dankbare, denn zu ändern sind sie natürlich nicht; man muß sich mit ihnen abfinden. Immerhin können Erregbare bis zu einem gewissen Grade zur Beherrschung und namentlich zu prophylaktischer Vermeidung für sie gefährlicher Situationen erzogen werden, und unter günstigen Umständen lassen sich sonst für manche Fälle ganz erträgliche Verhältnisse erreichen. Regeln sind kaum zu geben, da der einzelne Fall selbst und die Eigentümlichkeit der Umgebung das Vorgehen zu bestimmen hat. Selbstverständlich soll man unnötige Reizung der Leute vermeiden; um so bestimmter sollen sie wissen und fühlen, daß die Duldsamkeit gegenüber ihren Exzessen an bestimmten Orten absolute Grenzen hat, deren Überschreitung ohne Zulassung einer Diskussion oder gar von Entschuldigungen und Ausflüchten quasi automatisch die Repression herbeiführt. In kleineren Dingen tut man meist gut, die Leute gewähren zu lassen, wenn es auch da, wo eine eigentliche Erziehung nicht unmöglich erscheint, manchmal sehr nützlich sein kann, von Kleinigkeiten auszugehen, und jedenfalls eine Vernachlässigung der Konsequenz sich gewöhnlich rächt. Wie überall, ist besonders wichtig die Schaffung eines Interesses, eines Zieles, dem die Kranken nachstreben können, wobei oft bestimmte Charaktereigenschaften, auch wenn sie an

sich keine Tugenden sind, wie Eitelkeit und Stolz, ungeniert benutzt und in gewissem Sinne, aber in angemessener Richtung, entwickelt werden sollen. Hat der Patient eine hoffnungslose Apathie gegenüber nützlicher Beschäftigung, so kann man ihn etwa für einen Sport, eine Kunst, ein wissenschaftliches Steckenpferd oder etwas Ähnliches interessieren, woneben aber eine wirkliche Arbeit niemals ganz vernachlässigt werden darf. Eine Erziehung ist in dem Milieu, in dem die Leute aufgewachsen sind, meist nicht durchführbar; man muß sie anderswohin bringen; aber es gibt noch wenig Leute, die den Willen und das nötige Geschick haben, die Aufgabe zu übernehmen, sei es in einem Sanatorium mit anderen zusammen, was nur dann nicht gefährlich ist, wenn „die andern" nicht auch moralisch defekt sind, oder sei es in einer Familie. Die geschlossene Anstalt kann in manchen Beziehungen viel mehr leisten als die offene; sie wird viel zu sehr gefürchtet. Einen Teil der moralischen Idioten behandelt das Strafgesetz, aber weder zum Vorteil der Kranken noch der Gesellschaft. Anschauungen und Gesetze und Einrichtungen erlauben aber für so manche Fälle, wo man sich sonst sehr gut zu helfen wüßte, noch keine richtige Behandlung.

In vielen Fällen aber beachte man als wichtige Regel, daß man das tun soll, was nötig ist oder einen Nutzen erwarten läßt, und nicht das, was Ärger, Rachegefühl, Affenliebe oder unnützes Mitleid eingeben möchten.

G. Die Streitsüchtigen (Pseudoquerulanten).

Die Streitsüchtigen stehen zwischen den gewöhnlichen Rechthabern und Prozeßkrämern einerseits und den paranoischen Querulanten anderseits. Diese Zwischenform hat gegen die ersteren hin keine Grenze, ist aber von den zweiten dadurch ziemlich geschieden, daß es zwar zu falschen Auffassungen, aber nicht zur Ausbildung eines eigentlichen Wahnes kommt, und daß die Krankheit sich nicht weiter entwickelt, sondern daß eben das Temperament zu vielen Streitigkeiten führt, die untereinander nicht zusammenzuhängen brauchen und aufgegeben werden können, wenn der Patient endlich einmal die Nutzlosigkeit oder gewisse Gefahren eines bestimmten Streites einsieht. Unwichtige wie wichtige Differenzen nehmen gleich den ganzen Menschen in Anspruch, da die Patienten zu empfindlich sind, um für die Rechte anderer Gefühl und Verständnis zu haben. Alle Handlungen anderer, die ihren eigenen Ansprüchen entgegen wirken, empfinden sie als Bosheiten, als persönliche Beleidigungen. Die Signatur ihres Charakters ist erhöhtes Selbstgefühl, „eine Verbindung von Empfindlichkeit, Rücksichtslosigkeit und Anmaßung" (KRAEPELIN). Ihre eigene Sache fühlen sie als die Sache der Gerechtigkeit überhaupt und betrachten es als eine „Pflicht", sie durchzuführen.

Der Verstand der Kranken ist verschieden; meist aber haben sie einen engen Gesichtskreis, daneben eine gewisse Pfiffigkeit und starke Regsamkeit. Das Gedächtnis wird wie bei allen affektiven Leuten in der Weise gestört, daß die Erfahrungen im Sinne des Selbstgefühls der Kranken umgeändert werden.

Die „Entwicklung", wenn man von einer solchen bei dieser Krankheit reden kann, ist verschieden. Durch beständiges Streiten mit be-

stimmten Nachbarn, die Gleiches mit Gleichem heimzahlen, kommen die Kranken natürlich in einen dauernden Reizzustand hinein, der ihre Anomalie schlimmer erscheinen läßt. Versetzung in günstigere oder überhaupt neue Umstände gibt ihnen für einige Zeit Ruhe. Natürlich vernachlässigen sie in der Regel ihren Beruf. Wohl aus äußeren Gründen handelt es sich fast immer um Männer; Frauen mit ähnlichem Charakter leben sich mehr im internen Familienzanke aus.

Den theoretischen Unterschied von den Paranoiaformen vergleicht KRAEPELIN sehr bezeichnend mit dem Unterschied des Traumatikers, der durch ein einziges Lebensereignis dauernd so eingestellt bleibt, daß er sich krank fühlen muß, von dem hypochondrisch Angelegten, der bald das, bald dieses Krankheitszeichen bei sich entdeckt.

Die Erkennung ist meistens nicht schwer, wohl aber die Abgrenzung gegenüber Gesunden. Ein Teil der Leute, die man so bezeichnet, sind chronisch manisch Verstimmte. Diese unterscheiden sich aber u. a. meist durch eine gewisse Gutmütigkeit, die sich in alle Zankerei hineinmischt. Sie können u. U. wieder ganz nett von ihren Feinden reden und sich nach den ärgsten Balgereien mit ihnen versöhnen.

XVII. Die Oligophrenien (Psychische Entwicklungshemmungen).

Das Studium der Assoziationen und des Gedächtnisses hat uns gezeigt, daß das Gehirn oder die Psyche die einzelnen Erlebnisse[1]), aber auch deren Verbindungen so fixiert, daß, was zugleich oder in unmittelbarer Folge erfahren wird, ein einheitliches Erinnerungsgefüge bildet, das von jedem Einzelengramm aus wieder ekphoriert werden kann. Gewisse Klassen gleichzeitig erworbener Engramme haben also Verbindungen unter sich. Assoziative Verbindungen anderer Art bilden sich auch zwischen neuen Erlebnissen und früher entstandenen und jetzt durch dieselben ekphorierten Engrammen, und drittens werden im Erinnern und Denken Erinnerungsbilder miteinander in Verbindung gebracht.

Die Fixierung der Engramme variiert verhältnismäßig wenig; die meisten Tiere haben ein Gedächtnis (aber natürlich im Prinzip nur für diejenigen Erlebnisse, die sie später benutzen können) und die Idioten engraphieren alle. Die Ausbildung der assoziativen Verbindungen aber variiert innert weitester Grenzen — wir dürfen sagen, vom Tier und vom Idioten bis zum Genie, denn von der Zahl der möglichen Verbindungen hängt die Intelligenz ab.

Wir haben es also in der Pathologie der schlecht angelegten Gehirne sozusagen nur mit dem Mangel an Verbindungen zu tun[2]). Wo die Armut derselben das Fortkommen des Menschen hemmt, sprechen

[1]) Einzelerlebnisse: von einfachsten Sinnesempfindungen (grün, flache Form, Standort an der Pflanze usw., die den Begriff Blatt zusammensetzen) bis zu den Einzelhandlungen, die in ihrer Gesamtheit eine komplizierte Szene bilden.

[2]) Die Möglichkeiten der psychischen Verbindungen müssen zwar irgendwie von der Zahl der anatomischen Elemente im Gehirn abhängen; man tut aber gut, den Vorgang der Assoziation und die anatomischen „Assoziationssysteme" im Gehirn nicht zu identifizieren.

wir je nach dem Grade der Störung von Idiotie, Imbezillität oder Debilität, Krankheitsbilder, die KRAEPELIN unter dem Namen der Oligophrenien zusammenfaßt. Der parallel gebrauchte Ausdruck der „geistigen Entwicklungshemmungen" ist mißverständlich. Die Armut der assoziativen Verbindungsmöglichkeiten kann auf den verschiedensten Störungen im Gehirn beruhen; darunter mögen auch solche sein, die wir in dem noch recht unklaren und ganz verschiedene Dinge umfassenden Begriff der Entwicklungshemmung (im physiologischen Sinne) unterbringen können. Viel häufiger sind aber die anderen Störungen, welche die Zahl der Assoziationsverbindungen beschränken, darunter manche intra- und extrauterine Krankheiten, die das Gehirn betreffen. Eine Entwicklungsstörung der Psyche in der Anlage ist also bei den Oligophrenen gar nicht das Gewöhnliche.

Dagegen gibt es in der Psyche eine ganz andere Art Entwicklung: Die Gewinnung von Erfahrungsmaterial in der Kindheit, ohne welches die genialste Anlage steril bleiben würde. Die Einzelengramme der Empfindungen werden durch die kindliche Psyche mit Hilfe der assoziativen Verbindungen zu Begriffen und Ideen geordnet. Dieses Sammeln und Ordnen des Erfahrungsmaterials nennt man auch „psychische Entwicklung". Sie wird natürlich eine ungenügende, sobald das aufnehmende Organ gestört ist. Insofern sind alle Oligophrenien Entwicklungshemmungen.

Daneben denkt man sich aber auch mehr oder weniger klar, daß, wie die Körperkraft nach der Geburt noch wächst, die Entwicklung der Psyche in ihrer Anlage beim Neugeborenen nicht abgeschlossen sei, sondern normaliter während der ganzen Kindheit weiter schreite, aber beim Oligophrenen „stille stehe". Diese Vorstellung ist (abgesehen von Übung der Funktionen) recht unklar und teilweise sicher falsch.

Wenn ein Imbeziller auf der Stufe eines achtjährigen Kindes stehen bleibt, so beruht dieser „Stillstand" im wesentlichen nicht darauf, daß die ontogenetische Entwicklung seit der Geburt bis zu diesem Punkte vorgeschritten wäre und nun stehen bliebe, sondern die Fähigkeiten, die von jeher in dem Kranken steckten, reichten aus, den Stoff bis zur Komplikation zu verstehen, wie man sie einem achtjährigen Schüler anbietet. Wieder etwas anderes ist es, wenn ein bisher normales Kind eine Hirnkrankheit bekommt und nun nichts Komplizierteres mehr lernt, also scheinbar stille steht. Da ist aber aus einem dauernd intelligenten ein dauernd dummes Kind geworden.

Die Oligophrenien sind von allen andern Geisteskrankheiten dadurch unterschieden, daß bei ihnen infolge der ungenügenden Assimilation des Erfahrungsmaterials in der Kindheit spärliche und unzuverlässige Ideen und Begriffe gebildet worden sind, und andersteils, daß auch mit dem vorhandenen Erfahrungsmaterial infolge der weiter bestehenden Ärmlichkeit der Assoziationsverbindungen ungenügend operiert wird.

Trotzdem es sich bei den Oligophrenien um allgemeine Störungen des Großhirns handelt, bleibt die Schwächung der Intelligenz allein als wesentliches Symptom dieser Krankheiten im Vordergrund, nicht nur, weil gerade sie praktisch die größte Bedeutung hat, sondern auch, weil eben die in Frage kommenden Hirnanomalien eine in gewisser Beziehung ziemlich einheitliche Vereinfachung des Verstandesapparates darstellen, während andere Funktionen, wie die Instinkte und die Affektivität gar nicht geschädigt zu werden brauchen oder dann in ihren Abweichungen vom Normalen in den verschiedensten Richtungen auseinandergehen und nichts für die Imbezillität Typisches haben. Überhaupt sind die Af-

fekte an sich, z. B. Wohlbehagen oder Zorn, beim Genie, beim Idioten und bei Tier, wenigstens für unsere Beobachtungsmittel, das Nämliche, während die i tellektuellen Funktionen kolossale quantitative Unterschiede aufweisen.

Die Oligophrenien umfassen nicht nur die „angeborenen“ Störunge sondern neben diesen in der früheren Kindheit erworbene. Trotz d Mannigfaltigkeit aller dieser Krankheiten hat das seine guten praktische Gründe, wenn auch die Wissenschaft sich mit einer solchen summarische Beurteilung nicht begnügen darf. Die originäre Assoziationsschwäch und das Vorhandensein der Krankheit während der Erziehung gibt ebe der ganzen Gruppe etwas symptomatologisch Gemeinsames und noc mehr eine gemeinsame praktische Bedeutung.

Die Oligophrenien sind zum Teil bloße Abarten des Normalen, un auch da, wo bestimmte Krankheitsprozesse den Schwachsinn verursache kann dieser unmerkbar gering bleiben. Die Krankheitsgruppe hat de halb keine Grenzen gegen die Norm, in die sie durch die Debilität un Beschränktheit oder Dummheit allmählich übergeht. Aber auc innerhalb derselben gibt es auf psychischem Gebiete nur fließende Übe gänge[1]). Man nennt die höheren Grade Idiotie, die leichteren Im bezillität und hat Kriterien angeben wollen, die beiden Formen z trennen.

Diese Kriterien sind ziemlich wertlos, schon weil die verschiedenen Intelligen gebiete beim nämlichen Patienten auf ganz verschiedener Höhe sein können. E wären Idioten diejenigen, die nicht reden können oder die einen mündlichen Au trag nicht ausführen können, oder — ganz sinnloser Weise — die starke körpe liche Verbildung haben. Es ist ganz müßig, von den Imbezillen zu erklären: „Da Zahlenverständnis reicht in der Regel kaum bis 10, wenn auch der Kranke b hundert mechanisch zu zählen vermag“. SOLLIER und auch ZIEHEN machen ein moralischen Unterschied zwischen den beiden Klassen zuungunsten der Im bezillität. Das ist im Widerspruch mit den Tatsachen; Imbezille können ebenso moralisch auf der Höhe wie defekt sein und Idioten ebensogut böswillig wie mütig. Der Unterschied liegt bloß darin, daß die leichteren Grade, die Imbezille selten zum Arzt kommen, wenn nicht eine moralische oder sonst affektive Störu dazu den Anlaß gibt, während die Idioten unter allen Umständen „behand werden müssen.

Häufig konstatiert man eine Stufenleiter der Imbezillitätsgra durch Vergleich mit Kindern bestimmten Alters. Ein Kranker z. B. die Stufe eines achtjährigen Kindes erreicht haben, und mit Tests von BINET und SIMON[2]) kann man wirklich eine solche Paral sierung vortäuschen. Das Kind hat aber den enormen Vorteil vor Imbezillen, daß es durch neue Erfahrungen sofort hinzulernt; es be die Wege zu neuem Verständnis, sie brauchen nur von der Erfah begangen zu werden; der Imbezille wiederum hat den Vorteil der merisch ausgedehnteren Erfahrung; er kann sich deshalb an vielen bewegen (z. B. eine Reise machen, eine Arbeit leisten), wo das noch hilflos ist. Die Intelligenz des normalen Kindes ist also ni auf der Stufe des Imbezillen; gewisse Komplikationen des Den sind ihm aus Mangel an Erfahrung noch unzugänglich, dem bezillen aus Mangel an der Fähigkeit, kompliziertere Erf rungen zu sammeln[3]).

---

[1]) Etwas anderes ist die ätiologisch anatomische Einteilung, die eine groß natürlicher Krankheitsbilder herausgehoben hat.

[2]) BOBERTAG, Über Intelligenzprüfungen (nach der Methode von BINET und Zeitschr. f. angew. Psychologie V. Auch separat käuflich.

[3]) Auch mit dem Tier wird der Idiot verglichen, indem man von „tierisch

KRAEPELIN nennt bezeichnend die Bestrebung, Kind und Imbezillen zu parallelisieren, einen „artigen Vergleich“. Immerhin möchte er etwa diejenigen Oligophrenen, die von Schulwissen nichts mehr aufnehmen können, als *Idioten*, diejenigen, welche nicht über den Stand der Schulentlassenen hinauskommen, als *Imbezille*, und diejenigen, die nach diesem Maßstab in der weiteren Entwicklung stecken bleiben, als *Debile* bezeichnen.

Ungefähr die nämlichen Stufen sind wir hier gewohnt abzugrenzen, aber nach sozialen Gesichtspunkten, die mir wichtiger erscheinen, und die in der Relativität der Umschreibung vielleicht etwas besser den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ein intellektueller Tiefstand, der vollständige soziale Untüchtigkeit bedingt, wird bei uns zur *Idiotie* gezählt, ein Zustand aber, der einigermaßen Bewegung in der menschlichen Gesellschaft und einige wirkliche Leistungen erlaubt, zur *Imbezillität*. Der *debile Verstand* erlaubt unter außergewöhnlich einfachen Verhältnissen ein selbständiges Fortkommen, versagt aber sofort, wenn Durchschnittsforderungen an ihn gestellt werden. Die Debilität ist also eine Zwischenform zwischen Gesundheit und Krankheit. Sie hat deshalb wenig medizinische, aber um so größere forensische Bedeutung.

Symptomatologie. Die Idiotie ist ohne weiteres zu erkennen. Auch die Behandlung verlangt mehr Pflege und Erziehung als speziell medizinisches Eingreifen. Eine genauere Beschreibung der schweren Formen erübrigt sich deshalb hier, und in den folgenden psychopathologischen Bemerkungen ist in erster Linie auf die Imbezillität Rücksicht genommen; alles gilt jedoch auch für die Idiotie, wenn man die Defekte stark übertreibt, und für die Debilität, wenn man sie abschwächt.

Die *Wahrnehmung und Auffassung* ist direkt durch die Herabsetzung der Ideenassoziationen wenig gestört, während Komplikationen allerdings oft schwere Beeinträchtigungen bringen. Die der Oligophrenie zugrunde liegende Gehirnkrankheit ist ja sehr häufig mit Störungen der Sinne, namentlich des Gehörs, verbunden, was nicht nur die Wahrnehmung und Auffassung, sondern die ganze geistige Entwicklung stark erschwert oder auch unmöglich macht.

Bei durch Krankheiten der Sinnesorgane nicht komplizierten Oligophrenien sind die *Empfindungen* manchmal etwas abgestumpft; jedenfalls ist die Wahrnehmung entsprechend häufig etwas verlangsamt. Die Unterschiedsschwelle für alles Mögliche liegt in der Regel hoch. Manche Patienten lernen die Perspektive oder überhaupt Bilder nicht kennen (Kompaß ist „eine Kugel“, Sanduhr „eine Flasche“); sie verstehen die Bedeutung von bildlich dargestellten Szenen nicht, indem sie nur das Einzelne auffassen („ein Mann, der hält dem andern die Hand, der liegt im Bett; dann steht da eine Nonne“), nicht aber den Zusammenhang („Arzt am Krankenbett“). Einzelne lernen überhaupt Bilder nicht verstehen.

Ideenassoziationen. Der Oligophrene hat nicht die Fähigkeit, eine genügende Zahl assoziativer Verbindungen zu bilden und — was

---

spricht. Nun haben Tier und Idiot beide weniger Assoziationswege als der normale Mensch; aber das Tierhirn ist eine den Verhältnissen ausgezeichnet angepaßte einfachere Maschine, während das Idiotenhirn ein komplizierter aber verfehlter oder verdorbener Apparat ist, der ungenügende Fähigkeit zur Anpassung besitzt. Ein Chronometer sinkt deshalb nicht auf die Stufe einer Sanduhr, weil es schlecht ausgeführt oder verdorben wird.

etwas anderes ist — alle zugleich in einem Moment gegenwärtig zu haben. Er denkt mehr das unverarbeitete Sinnliche als der Gesunde, und nur das Gewöhnliche, oft Vorkommende, und das Einfache, wenig Assoziationen Verlangende. Er abstrahiert schlecht, d. h. er bildet nur einfache und manche unrichtig abstrahierte Begriffe, aber er abstrahiert nicht „gar nicht", wie viele sagen. Der Oligophrene hat auch nicht die normale Fähigkeit, die einmal gebildeten Vorstellungskomplexe zu lösen; die Möglichkeit, „früher Erworbenes in neuer Anordnung wiederzugeben" (HOCHE) ist eine beschränkte.

In der Ignorierung dessen, was nicht häufig vorkommt, und in der besseren Benutzung des Gewöhnlichen liegt eine Art Insuffizienz des Gedächtnisses. Sie ist aber bloß eine sekundäre, und der eigentliche Defekt liegt nur in dem Mangel an Assoziationen. Dieser kann unter Umständen einen vollständigen Gedächtnisdefekt vortäuschen, so wenn eine Spinne viele Male nacheinander auf denselben Nagelkopf springt. Es ist das nicht deswegen, weil sie „vergißt", daß der Nagelkopf nicht freßbar ist, sondern weil sie den speziellen schwarzen Fleck nicht unterscheidet von anderen schwarzen Flecken, die gewöhnlich Fliegen sind. Um auf ihn anders zu reagieren als auf Fliegen, müßte sie dessen besondere Einzelheiten auffassen oder dann ihn mit den Details der Umgebung assoziieren. Zu beidem braucht es viele Assoziationen.

Die Zahl der Assoziationen kann aber bis zu einem gewissen Grad ersetzt werden durch die Häufigkeit der Erfahrung. Auch bei verhältnismäßig wenigen Assoziationen können die aufgefaßten Details des Nagelkopfes oder die Einzelempfindungen der Umgebung zu einer Unterscheidung ausreichen, wenn die Empfindungen immer sich wiederholen, indem das eine Mal die eine, das andere Mal die andere Einzelheit fester mit der Freßbarkeit assoziiert wird, während ein assoziationsreicheres Tier gleich bei der ersten Erfahrung alles Notwendige in die zweckentsprechenden Verbindungen bringt. Auch die Heraushebung des Charakteristischen, die Abstraktion, wird, wie früher ausgeführt, durch die öftere Wiederholung des nämlichen Erlebnisses erleichtert, d. h. unter ähnlichen Erfahrungen kommt bei vielen Wiederholungen das Ausschlaggebende eher zur Geltung. Deshalb ist das Gewöhnliche immer das Verwertbarere, auch ohne daß eine Erinnerungserleichterung im Sinne der Einübung in Betracht käme.

Ein anderes Beispiel wäre ein Oligophrene, der sich immer wieder durch den gleichen oder ähnliche Aprilscherze düpieren läßt: er assoziiert nur an den Scherz, verknüpft die neue Erfahrung nicht mit der Vorstellung des kritischen Tages. Unter Umständen kann er auch nicht genügend abstrahieren, um die Scherze von den ernst gemeinten Reden zu unterscheiden. Hat man aber den gleichen Scherz sehr oft gemacht, so kommt schließlich die Assoziation mit der Täuschung doch zustande, und der Schwachsinnige wird mißtrauisch, auch wo er es nicht sein sollte.

Die Wirkungen des Gedächtnisses sind also abhängig von der Zahl der Assoziationsverbindungen, ganz abgesehen davon, daß die Ekphorierung im allgemeinen eine um so leichtere ist, je mehr Assoziationswege dem Vorgang der Ekphorierung zur Verfügung stehen (S. 22). Je ärmlicher ferner die Assoziationsverbindungen sind, um so mehr Wiederholungen bedarf es, bis eine kompliziertere Situation von der Psyche gedächtnismäßig verwertet werden kann. Beim Oligophrenen werden also hauptsächlich die alltäglichen Vorkommnisse zur Wirkung kommen, das Seltene kann er in seinen Überlegungen nicht benutzen.

Die Armut an Assoziationen erschwert die Begriffsbildung deshalb, weil diese ja eine Kombination vieler sinnlicher Erfahrungen verlangt und zwar nicht nur von Gegenwärtigem, sondern auch von Früherem (S. 9). Je abstrakter ein Begriff, um so mehr Kombinationen sollten gemacht werden. Deshalb der Ausfall höherer Abstraktionen. Viele Begriffe werden auch falsch gebildet, weil das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen unterschieden wird. Das Wesentliche ist aber entweder dasjenige, das sich in den verschiedenen Erfahrungen, die zu

einem einheitlichen Begriffe zusammengesetzt werden, beständig wiederholt, oder dann dasjenige, an das sich die maßgebenden Konsequenzen knüpfen: Der (populäre) Begriff des „Blattes" wird zusammengehalten durch die Flachheit des aus einer Pflanze herauswachsenden Gebildes, wobei alle übrigen Eigenschaften wechseln können. In dem Begriffe des „Giftes" ist das Gemeinsame die lebenzerstörende Wirkung bei Aufnahme in den Körper. Wer nicht alle wichtigeren Erfahrungen von Blättern oder Giften miteinander verbindet, kann nie einen richtigen Begriff von diesen Dingen bekommen. Übrigens wird ein großer Teil von Begriffen nicht vom Kinde selbständig abgegrenzt, sondern durch die Sprache vermittelt. Dazu bedarf es ganz besonders vieler Assoziationen. Daher die Schwierigkeit der Übernahme fremder Begriffe und die Korrektur der eigenen durch sprachlichen Verkehr bei den Imbezillen. — Die Abstraktion ist zugleich die Entfernung der Vorstellungen vom einfach Sinnlichen; da sie gehemmt ist, besteht das Vorstellungsmaterial des Imbezillen zu sehr in sinnlichen Einzelbildern, statt in verarbeiteten Gesamtvorstellungen.

Das Lösen der Vorstellungskomplexe kann in positivem und negativem Sinne geschehen: Die Einzelerfahrung (also z. B. die grüne Farbe im Begriffe „Blatt") kann fallen gelassen werden (es sind grüne und andersfarbige Blätter) oder sie kann als wesentliches Merkmal herausgehoben werden (die charakteristische Form aller Eichenblätter, an der man das einzelne erkennt). Die Lösung wird bewirkt durch neue Erfahrungen: Hat man lauter grüne Blätter gesehen, so ist die Assoziation von Blattform und Standort an der Pflanze mit der Farbe grün eine feste. Man wird sich nur grüne Blätter vorstellen. Nun sieht man ein rotes Blatt. Wer viele Ideenverbindungen hat, wird dennoch von Form und Standort aus die Vorstellung von Blatt assoziieren, aber er hat nun zunächst zwei getrennte Vorstellungskomplexe, den einen mit der grünen, den andern mit der roten Farbenkomponente. Durch den zweiten wird nach den gewöhnlichen Gesetzen der erstere gehemmt, soweit er widerspricht, d. h. in der Teilkomponente der Vorstellung grün; diese wird also „gelöst". Wird umgekehrt bei vielen Eichenblättern trotz solchen verschiedener Größen und Farben die Form immer wieder wahrgenommen, so wird für den Begriffskomplex „Eichenblatt" die Gestalt herausgehoben, aus dem allgemeinen Begriffe des Blattes gelöst. Der Imbezille dagegen hat nicht das ganze Gefüge von Farbe und Form und Standort gleichmäßig gegenwärtig und neigt also dazu, einzelne Komponenten zu ignorieren (ebenso wie zu überschätzen). Ist ihm eine derselben besonders aufgefallen, sagen wir das Grün, so wird das rote Blatt ihm nicht das grüne Blatt assoziieren. Die beiden Erfahrungen bleiben unvermittelt nebeneinander, ohne einander zu beeinflussen; oder er wird die Farbe ignorieren, dann verschmelzen sie ihm zu einem Begriffe, aber es kommt ihm nicht zum Bewußtsein, daß es grüne und rote Blätter gibt. In beiden Fällen bleiben die Gefüge als Ganzes stabil. Die Herauslösung einzelner Komponenten aus den Empfindungskomplexen ist aber ebensogut eine Grundbedingung der Begriffsbildung wie die Zusammensetzung derselben; sie ist auch ein wesentlicher Teil des Abstraktionsvorganges und zugleich eine der Grundbedingungen des Verstandes.

Die schwierige Lösbarkeit der Gefüge bei Unverständnis dessen, was das Wichtige ist, erklärt den scheinbaren Gegensatz, daß die Kranken auf der einen Seite oft nicht an die einzelne Eigenschaft assoziieren können, obgleich sie häufig wieder bloß an die Teilerscheinungen sich klammern. Der Kranke hält alle Männer mit gelben Knöpfen für Schutzmänner, weil er den richtigen Begriff des Schutzmannes nicht hat bilden können und ihm die Knöpfe besonders imponiert haben; er assoziiert nur an diese; anderseits ist er nicht fähig, ein Buchenblatt und ein Eichenblatt zu unterscheiden, weil er die einzelne Eigenschaft der verschiedenen Randgestaltung nicht zu isolieren vermag.

Die experimentellen Assoziationen haben bei den Oligophrenen so viel Charakteristisches, daß man sie zur Diagnose brauchen kann.

Genauer untersucht sind sie aber bloß bei den torpiden Formen[1]). Der langsame Ablauf der psychischen Reaktionen ist hier meßbar, indem die Reaktionszeit auch bei vollem Verständnis für das Experiment und ohne Stupor bis auf das Doppelte verlängert werden kann. Das mangelnde Abstraktionsvermögen zeigt sich darin, daß die Kranken große Mühe haben, ja zum großen Teil gar nicht fähig sind, mit einem einzelnen Wort zu antworten. Worte und Begriffe kommen im Leben nur im Zusammenhang vor, man muß sie künstlich isolieren. Letzteres sind die Oligophrenen nicht imstande; sie drücken deshalb statt eines isolierten Begriffes eine ganze Idee aus (anzünden — der Bäcker zündet das Holz an). Sie fassen aber auch das Reizwort nicht als zusammenhangslosen Begriff auf, sondern etwa wie die Frage: Was weißt du von . . .? Oder was bedeutet . . . .? Da ihnen ähnliches nur in der Schule begegnet, verwechseln sie auch leicht die neue Situation mit der in der Schule und antworten oft nach den dort gelernten Regeln, Beispielen und Phrasen, auch wenn es ganz unpassend ist (Winter — besteht aus Schnee). Da sie nicht ans bloße Wort anknüpfen können und alles in einen Zusammenhang setzen müssen, sind die inneren Assoziationen viel zahlreicher als bei intelligenten Personen. Inhaltlich erscheinen namentlich Erklärungen und vor allem Definitionen des durch das Reizwort genannten Begriffes (Lampe — zum Beleuchten; Gefängnis — besteht aus Zellen, wo man unnütze Leute einsperrt; Kopf — Teil; Krieg — wenn zwei Länder miteinander streiten). Die Erklärung kann auch durch Beispiele geschehen: Kranz — das gibt's am Turnfest; krank — ich bin schon krank gewesen; Vater — der hat mich einmal die Treppe hinuntergeworfen).

Die Ärmlichkeit der Vorstellungen ergibt sich aus den vielen Wiederholungen in Inhalt und Form, die auch nicht selten angewandt werden, wo sie gar nicht passen; dann wird das Reizwort einfach durch ein Synonym ersetzt oder ein wenig abgeändert (Katze — Kätzchen). Oft dient ein Flickbegriff für eine ganze Menge von Antworten; namentlich das Wort „Mensch“, das bei den Intelligenten etwa zum Komplexzeichen wird, dient hier häufig zur Verdeckung der Gedankenarmut (Kopf — der Mensch; schwimmen — der Mensch kann schwimmen). Öfter als Gesunde finden Oligophrene gar keine Assoziationen und das namentlich bei etwas ungewohnten Wörtern, so daß es sich bei Reaktionslosigkeit nicht immer bloß um einen Emotionsstupor handelt. Die Unbestimmtheit und Unklarheit der Begriffe und Ausdrucksweisen kommt oft in recht drastischer Weise zum Ausdruck (Hochzeit — dient zur Unterhaltung; Familie — wo viele Kinder sind; Großmutter — ältere Mutter; süß — wenn eine Zucker hat; Baum — Bestandteil; Stern — Himmelsteil). Manchmal zeigt sich auch die ungenügende Entfernung der Vorstellung vom Sinnlichen (Singen — besteht aus Noten und Gesangbüchern). Durch verschiedene Eigentümlichkeiten drückt sich oft die leichte Verblüffbarkeit der Kranken (Emotionsstupor) sehr deutlich aus.

Es ist natürlich nicht möglich, die ganze oligophrene Intelligenzstörung und das erst noch in den unendlich vielen Varietäten zu be-

---

[1]) WEHRLIN, Über die Assoziationen von Imbezillen und Idioten. Diss. Zürich 1906. Auch in JUNG, Diagnostische Assoziationsstudien, Barth, Leipzig 1906 oder JUNG und RIKLIN, Diagnostische Assoziationsstudien, Journal f. Psychol. u. Neurologie, Bd. 3, 1904.

schreiben. Einige Beispiele müssen die Defekte der verschiedenen Hauptfunktionen zeigen.

Das Hängenbleiben am Sinnlichen: Der Patient weiß von Christus nur das, was er auf Bildern gesehen hat. (Wer war Wilhelm Tell?) „Man hat ihn in Wald gespielt; es waren verkleidete Frauen und Kinder dabei". Oder: „In Altdorf ist einer aufgestellt und jetzt auch noch einer in Bürglen". (Kennen Sie die drei Eidgenossen?) „O ja, es sind drei Männer, welche die Hände aufheben und die Finger so strecken". Der Unterschied zwischen Katholiken und Protestanten besteht darin, daß die Katholiken Christus am Kreuz an den Straßen stehen haben. (Wohin kommt man, wenn man gestorben ist?) „Bei der Kirche auf den Friedhof bei Seebach. Sie haben dort eine neue Kirche gemacht". (Was ist das? Bildnis eines Igels.) „Stechen die nicht? Im Herbst ist einer auf unserem Boden gewesen". Auch im gewöhnlichen Denken operiert der Normale meist mit verarbeitetem, vom Sinnlichen losgelösten Vorstellungen. Für ihn ist ein bestimmter Mensch ein brutaler Charakter, wobei er gar nicht mehr zu wissen braucht, woraus er diese Vorstellung gewonnen hat; für den Imbezillen ist er derjenige, der ihm am einem bestimmten Orte Prügel gegeben hat.

Das Nichtloslösen vom Gewöhnlichen: (Wie können Sie einen Apfel für drei Personen teilen? „Man macht vier Stücke, gibt jedem eines und eines bleibt". Vgl. auch das Beispiel von dem Fuhrmann, der nicht daran denkt, einen auf der Straße liegenden Stein zu umfahren, sondern auf die Pferde losschlägt, S. 58.)

Schlechte Bildung abstrakter Begriffe: „Helvetia ist die Frau, die auf den Münzen abgebildet ist und geht immer um die Schweiz herum, diejenigen tot zu schlagen, die ihr etwas tun wollen." „Freiheit ist, wenn man keine Schule hat." „Religion ist, wenn man in die Kirche geht." Am besten zeigen sich natürlich solche Defekte nicht in den provozierten Definitionen, die auch beim Gesunden nicht leicht ganz dem entsprechen, was man sagen will, sondern bei Gelegenheit der Benutzung solcher Begriffe. Der Patient redet von Gerechtigkeit, versteht aber darunter nur die verdiente Strafe, nicht auch den verdienten Lohn; er spricht von Religion und zählt dazu, daß er zur rechten Zeit zum Essen komme. In der Schweiz gebe es 24 (recte 22) Kantone. Darunter zählt Patient zwei Städtchen auf, die er als solche kennt. Da er trotzdem lange nicht 22 nennen kann, sagt er: „ach es gibt noch viele kleine Nebengemeinden". Kanton und Städtchen und Nebengemeinden trennt er nicht, wobei aber eigentlich nur der Begriff des Kantons ganz unklar ist. Was ein Städtchen und eine Gemeinde ist, weiß Patient natürlich.

Mangelhaftes Abstraktionsvermögen: Der Patient hat gelernt, mit Hölzchen rechnen, aber die gleiche Aufgabe mit Eiern kann er nicht lösen. Er schreibt: „In dem Garten ist es immer schön Wetter"; er bringt es nicht zur Vorstellung des Gartens, wenn er nicht darin ist. Eine kleine Geschichte, z. B. eine Fabel, die er gelesen hat, erzählt er oft im Konjunktiv, indem er nicht von der Vorstellung loskommt: Ich habe gelesen, daß ... Wenn man mit einer Frage aus einem Ideenkomplex eine bestimmte Einzelheit herausgreift, so sind die Kranken häufig gar nicht imstande, bloß auf die Frage zu antworten. Sie müssen den ganzen Zusammenhang bringen, wobei manchmal die Frage weder direkt, noch implizite beantwortet wird. (Wie hat man Sie denn schikaniert?) „Weil ich eben konservativ war ..." Folgen die ganzen Zusammenhänge, wie Konservative und Liberale zueinander stehen.

Wie die Oligophrenen von einer Einzelheit aus einen größeren Ideenkomplex nicht absehen können, können sie eine Idee nicht in neue Verbindung bringen: Der Patient kann zählen, d. h. die Zahlworte der Reihe nach richtig aufsagen, aber trotz aller Mühe ist er nicht dazu zu bringen, auch nur seine Finger wirklich zu zählen. Eine Patientin KRAEPELINs hatte in einer größeren Küche ordentlich kochen gelernt, schlug dann aber an einem andern Orte für drei bis vier Personen ebensoviel Eier auf wie für eine ganze Tafelrunde. Wenn neue Aufgaben an die Kranken herantreten, oder wenn sie nur in eine neue Umgebung versetzt werden, stehen vielen die Gedanken nahezu still (Emotionsstupor).

Oft haben Patienten auch Geschichten, die sie bloß gehört haben, z. B. die Tellgeschichte, in allen Einzelheiten erfaßt, können sie aber ohne Nachhilfe nicht wiedergeben, weil ihnen der logische Zusammenhang nicht klar geworden ist. Manche schaffen sich ganz unrichtige Kombinationen: Moses hat am Ölberg fünftausend Mann gespeist. (Wer war Petrus?) „Er hat dreimal gekräht". Bei lebhafterer Phantasie werden oft recht charakteristische Zutaten und Umbildungen gemacht: Geßler hat eine Stange quer über die Straße getan, Tell hätte darunter durchgehen sollen. — Die Leute, die Christus töteten, waren ungebildet. — Der verbotene Baum im Paradies trug giftiges Obst und Adam wurde gestraft, weil er nicht zu dem Baum gehen wollte.

Schwer Imbezille verstehen eine klinische Vorstellung nicht. (Sie sind da, „um Auskunft zu geben".)

Neben großer Leichtgläubigkeit finden wir eine noch größere Unbelehrbarkeit. Nur in einfachen Dingen werden die Oligophrenen durch Erfahrung klug. Sie verstehen eben die Zusammenhänge nicht und wissen nicht, worauf es ankommt. Dann können sie eine Erfahrung nicht auf eine andere, wenn auch ähnliche Situation übertragen. Die Belehrung wird auch gehindert, weil die Kranken die Grenzen ihres Wissens nicht kennen, also z. B. alle Möglichkeiten zu kennen glauben.

Eine Magd betrachtet es als schlechten Witz, wenn man ihr sagt, sie solle ihr Erspartes in die Kasse legen, wo es Zins trage. So dumm werde niemand sein, ihr noch etwas dafür zu bezahlen, daß er ihr das Geld aufbewahren müsse. — Ein Schweizerknecht ließ sich nicht überzeugen, daß eine Hamburgerin nicht schwachsinnig sei, weil sie st und sp nicht wie scht und schp aussprach, und weil sie schwach konjugierte, wo der Dialekt die starke Form aufweist, die hier nur von Kindern und Imbezillen nicht gebraucht wird.

Viele dieser Kranken sind überhaupt nicht fähig zu begreifen, daß eine Antwort richtig sein sollte[1]). Sie antworten in den Tag hinein, nicken auf alles ja, was sie nicht verstehen u. dgl.

Besondere Schwierigkeiten macht es oft, Gleichheiten und Verschiedenheiten herauszufinden. Schwerer Defekte verstehen überhaupt Unterschiedsfragen (was ist größer? welches wolltest du lieber?) nicht recht. Auch theoretisch einen Fall zu setzen, ist vielen unmöglich. (Wenn deine Mutter gestorben wäre, wer gäbe dir zu essen?) „Meine Mutter, die lebt ja noch." (Wenn du bei M. [der einen Einheitspreis hat] für 36 Mark einen Rock kauftest, wieviel bekämst du auf 50 Mark heraus?) „15 Mark." Bei dieser Antwort bleibt der Patient, denn er hat einmal dort einen Rock für 35 Mark gekauft und 15 Mark herausbekommen. Ein Zweimarkstück ist weniger wert als ein Markstück und zwei halbe, denn das Markstück „müsse man wechseln und dann bekomme man zu wenig heraus".

Das Beurteilen und Verstehen der Dinge und Verhältnisse ist natürlich ungenügend, wobei die Fehler mit der Komplikation und der Ungewohntheit des zu Beurteilenden rasch zunehmen. Ein Herbeiziehen der Vergangenheit und ein Vorausberechnen der Zukunft ist gehindert außer in den ganz einfachen Kombinationen (Stehlen — Prügel bekommen). Höhere Gesichtspunkte werden natürlich nicht gebildet und nicht verstanden.

In einem Berufe können manche leichter Imbezille noch sich durchbringen und die nötigen praktischen Kenntnisse erwerben. Ein Bauer kann die Feldarbeit richtig machen; er weiß aber bei vielem nicht, warum man es so macht. Der Imbezille kann viel mehr, als er weiß, zum Unterschied vom normalen Kind, bei dem es umgekehrt ist (KRAEPELIN). Immerhin ist die Übungsfähigkeit in allen Dingen meist eine sehr geringe.

Treffend zählt HOCHE die intellektuellen Eigentümlichkeiten der Imbezillen auf[2]): „Die Kleinlichkeit, das Haften am Einzelnen, sinnlich Wahrnehmbaren, die Inkonsequenz und Unselbständigkeit der Lebensführung, die Überschätzung der eigenen Person, die stärkere Ausbildung

[1]) Wie Kinder in den ersten Jahren und Naturmenschen.

[2]) BINSWANGER und SIEMERLING, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage. Fischer, Jena. 1911. S. 224.

der egoistischen Interessen, die Leichtgläubigkeit, die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber fremdem Willen und eigenen eventuell abnormen Impulsen usw."

Nicht so selten ist die Intelligenz ganz unharmonisch angelegt. Es finden sich einzelne Lücken, die aber nicht sehr auffallen, oder dann besondere Fähigkeiten, wie für Musik, für Mathematik, für Beobachtung des Wetters, für gute optische Auffassung und Wiedergabe in Zeichnung und Malerei u. dgl. Ein Imbeziller konnte das Straßburger Münster recht gut zeichnen, das er vor Jahren einmal gesehen hatte.

Die Ausdrucksweise der Imbezillen ist natürlich je nach dem Grade eine unbeholfene. Die meisten Idioten stehen auf gespanntem Fuß auch mit der einfachsten Grammatik, und in den höchsten Graden hört das Sprechen überhaupt auf. Einzelne, auch intelligentere, lernen nicht sprechen, obschon sie hören und verstehen (Hörstummheit). Imbezille sprechen umständlich (weil sie das Unwesentliche nicht herausfinden und weglassen können), bevorzugen eingelernte Phrasen.

Die Orientierung in Ort und Zeit ist dauernd gut, soweit die Patienten fähig sind, solche Verhältnisse aufzufassen. Viele streunen weit herum, ohne sich zu verirren. Nicht alle dieser Kranken sind imstande, die Zeit genügend zu beurteilen. Immerhin haben die meisten, die überhaupt Zahlen kennen, einen Begriff von Stunde und Tag und Jahr. Wenn einer Tag und Nacht nicht mehr unterscheiden könnte, so wäre er gewiß auch soweit unten, daß man sich mit ihm nicht verständigen kann.

Schlecht ist oft die Orientierung in bezug auf die Lage, die sie manchmal ganz falsch beurteilen, und in bezug auf die Bedeutung der eigenen Person, die sie leicht überschätzen. Dagegen ist es nicht richtig, daß es Oligophrene gibt, die ihre Person noch nicht von anderen abgetrennt hätten (wenn sie von sich in der dritten Person sprechen, so hat das wie bei Kindern ganz andere Gründe).

Die Affektivität ist äußerst verschieden; alles, was beim Nicht-Oligophrenen vorkommt, kann auch hier sich finden. Aber bei diesen Aberrationen vom Typus sind Abweichungen vom Durchschnitt und Extreme viel häufiger. Man liebt es, die Oligophrenen in stumpfe (apathische) und erregte (erethische) einzuteilen, von denen die ersteren in der Mehrzahl wären. Es gibt aber ebensogut Mittelformen. Die beiden Typen sind nur diejenigen, welche eben wegen ihrer gemütlichen Abnormität mehr auffallen und mehr zur Beobachtung kommen. Natürlich erscheint die Affektivität leicht erethischer, als sie ist, wegen der geringen Zügelung durch die Intelligenz.

Es ist selbstverständlich, daß die Oligophrenen keiner fein modifizierbaren Gefühle fähig sind, weil diese Reaktion auf feinere Modulationen komplizierter Ideen sind, welche den Kranken abgehen. Der mimische Ausdruck ist schon deshalb ein unausgebildeter, wie auf einer ungeschickten Zeichnung; dabei spielt aber meist auch die schlechte Ausbildung der motorischen Koordination überhaupt mit. Auch der Ton der Sprache drückt Affektmodulationen nur in groben Umrissen aus.

Sehr häufig sind, namentlich bei eigentlichen Hirnkranken, Verstimmungen von innen heraus, die von denen der Epilepsie oft nicht zu unterscheiden sind, manchmal auch mit Kopfweh und anderen Parästhesien und sogar mit leichteren Verwirrtheiten verlaufen. Verstimmungen

aus äußeren Gründen sind ebenfalls häufig. Zum Arzt kommen manche wegen Wutanfällen, die teils eine natürliche Reaktion auf die nicht verstandene Situation, teils aber übertriebene Antwort auf gewöhnliche Reize darstellen.

Die Aufmerksamkeit ist entsprechend der Affektivität eine sehr verschiedene, am häufigsten allerdings eine normale. Manche schwerer Kranke fallen durch eine starke Hypervigilität auf, die sie unfähig macht, der geringsten Ablenkung zu widerstehen; jedes Geräusch, jede Fliege, die in ihr Gesichtsfeld kommt, lenkt sie ab. Es ist begreiflich, daß die Erziehbarkeit oder gar eine nützliche Beschäftigung dadurch schwer beeinträchtigt wird. Bei manchen ermüdet die Aufmerksamkeit auch sehr rasch.



Abb. 43. Imbeziller. Leicht mikrozephal. Konnte ganze Predigten nach einmaligem Hören wiederholen. Trotz der starken Belebung und der vielen Falten ist die Mimik sehr einfach, roh.

Wie bei allen Aberrationen finden sich auch große Ungleichheiten in der Anlage der verschiedenen Gefühle beim nämlichen Patienten. Man kann aber nicht sagen, daß bestimmte Gefühlsklassen mit Vorliebe fehlen oder ausgebildet wären. Die moralischen Gefühle sieht man verhältnismäßig selten darniederliegen, wenn man auch diejenigen Oligophrenen zählt, die nicht zum Arzte kommen; sie können natürlich keine komplizierteren Begriffe betonen, weil die Kranken solche zu bilden nicht fähig sind. Anhänglichkeit und Liebe, ja Dankbarkeit sind ganz gewöhnliche Eigenschaften, wenn sie auch bei dem Mangel an Übersicht leicht herabgesetzt sind. Es ist auch selbstverständlich, daß eine geringe Intelligenz ceteris paribus Triebe und Affektschwankungen nur ungenügend zu beherrschen vermag. Kretinen sind in der Regel ruhig und gutmütig, aber nicht eigentlich apathisch. Zu der großen Mehrzahl der Oligophrenen hat man ein sehr angenehmes gemütliches Verhältnis wie Eltern zu den Kindern.

Sexuelle Gefühle und Triebe sind meist vorhanden. Ein großer Teil der Kranken onaniert. Vollständiges Fehlen der sexuellen Funktionen kommt am meisten bei Kretinismus vor, da aber nicht selten.

Das Gedächtnis der Oligophrenen schwankt wie die Affektivität von ganz schlechtem zu phänomenal gutem, wobei aber doch die Mittel-

zone die weitaus am besten besetzte ist. Es ist nicht richtig, daß diese Patienten als Klasse ein schlechtes Gedächtnis haben. Dagegen ist es selbstverständlich, daß sie Dinge, die sie nicht verstehen, und Unterscheidungen, die sie nicht erfassen, schlecht im Kopfe behalten — genau wie andere Leute auch. Immerhin gibt es gerade bei den Imbezillen auffallend oft Ausnahmen, die auch das nicht Verstandene gut erinnern, Leute, die eine ganze Predigt nach einmaligem Hören wörtlich und mit guter Nachahmung der Betonung im Gedächtnis behalten u. dgl. Besonders gutes partielles Gedächtnis für Zahlen, optische Eindrücke u. dgl. ist wie bei Nichtidioten leicht mit speziellen Fähigkeiten in der entsprechenden Richtung verbunden. (Die Erklärung der Vortäuschung einer Gedächtnisschwäche durch die ungenügende Verwertung von Erfahrungen siehe bei den Ideenassoziationen.)

Nach Verstimmungen, Verwirrtheitsanfällen, ja nach stärkeren Aufregungen sind volle oder teilweise Amnesien nicht selten.



Abb. 44. Imbeziller mit blödem Lachen. Trotzdem sich neben dem Lacheffekt eine gewisse Verwunderung oder Erwartung ausdrückt, ist die Mimik ungemein grob und ungehemmt. Sie drückt kein Gedankenspiel aus. Der Ausdruck ist das Gegenteil von „durchgeistigt“.

Von psychischen akzessorischen Symptomen sind eigentlich nur die Aufregungen und Verstimmungen zu erwähnen. Dann aber kommen Komplikationen vor, die immerhin häufig einen direkten Zusammenhang mit der Krankheit haben. So vor allem die Epilepsie, dann alle möglichen Psycho- und Neuropathien, namentlich hysteriforme Erscheinungen; ferner gibt es katathyme Wahnbildungen, die einer unintelligenten Paranoia ähnlich sehen, aber häufig mit Halluzinationen verlaufen und unter Umständen geheilt werden können. Ob die nicht selten hinzukommende Schizophrenie nur zufällig sich auf die Oligophrenie aufpfropft, weiß man noch nicht.

Körperliche Symptome. Je schwerer die Oligophrenie ist, um so häufiger und ausgesprochener finden sich dabei körperliche Anomalien; Idioten sind nur ausnahmsweise wohlgebildete Menschen. Ein Teil der Störungen hängt direkt mit der Hirnkrankheit zusammen: Mikro-, Hydro-, Makrozephalie. Infolge von Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten sind die Glieder verbildet und gelähmt. Andere Symptome sind Begleiterscheinungen der Hirnkrankheit (der kretinöse Habitus, S. 273, die Zeichen angeborener Syphilis). Wieder andere haben lockerere Zusammenhänge mit der Geisteskrankheit und sind Zeichen der allgemeinen schlechten Anlage: Schädelverbildungen wie Pyrgo-, Skaphozephalie, alle möglichen „Degenerationszeichen“, Kleinheit von Jugend auf bis Zwergwuchs, mißbildetes und schlecht entwickeltes Gebiß, chronische Haut-

krankheiten usw. Viele bleiben nicht nur klein, sondern überhaupt auch in der Körperform den Kindern ähnlich. Ältere Idioten schätzt man meist viel zu jung, „sie altern nicht".

Die Bewegungen sind bei den schwereren Fällen schlecht koordiniert. Die Sprache wird unbeholfen; Stammeln, Lispeln kommen häufig vor, seltener Stottern. Der Unterschied von Haupt- und Nebensilben wird oft ungenügend markiert, das Gaumensegel schlecht abgeschlossen (nasaler Klang). Überhaupt kann Auffassung und Nachahmung der Feinheiten der Sprache in den verschiedensten Richtungen gestört sein.



Abb. 45. Mikrozephale mittleren Grades.

Der Gang der Idioten, wenn er überhaupt möglich ist, ist plump, täppisch; die Kranken haben nicht gelernt, bei ruhiger Haltung nur die notwendigen Muskeln zu brauchen; sie wackeln, tappen zu stark auf; Elastizität und Grazie fehlen. Bei Verkümmerung des Labyrinths kommt die charakteristische Störung hinzu. Nicht selten ist ein feinerer oder namentlich gröberer Tremor, teils bei Bewegungen, teils auch in der Ruhe.

Die Sehnenreflexe sind fast immer gesteigert.

Das Verhalten. Die schwersten Formen von Idiotie sind vollständig hilflos. Sie liegen oder sitzen herum wie kleine Kinder; regelmäßig sind sie unrein. Je nach dem Temperament spielen sie oder sind sie ungebärdig, schreien, schlagen sich oder irgend etwas in der Umgebung. Viele dieser und auch noch weniger hochgradiger Idioten haben bestimmte Bewegungen; sie wiegen sich, wackeln mit dem Kopf, machen bestimmte Fingerspiele usw. Oft sind diese Bewegungen verbunden mit bestimmten grunzenden, schreienden oder murrenden Lauten. Erethische Idioten, die sich nicht erziehen lassen, sind eine große Plage, besonders, wenn sie noch fähig sind, herum zu gehen. Sie fassen alles an, beschmutzen, zerstören, aus Unaufmerksamkeit und absichtlich.

Den etwas höher stehenden fehlt die „Haltung"; oft zeigt der herabhängende Kiefer, der offene, manchmal geifernde Mund die mangelnde psychische Energie.

Auch auf der mittleren Stufe der Imbezillität sind die glücklicher-

weise viel selteneren Erethischen nicht so leicht zu haben, weil sie beständig etwas im Schilde führen, absichtlich oder unabsichtlich etwas anstellen, davonlaufen, entwenden, zanken. Sexuelle Delikte (Exhibition, Attentate bis zu Lustmorden) sind nicht so selten. Die Ruhigeren lassen sich, so bald sie sich selber reinlich halten und selber essen können, wie Kinder halten.

Bei allen den verschiedenen Klassen zeigt sich sehr oft in merkwürdiger und ausgesprochener Weise der Geschlechtscharakter. Weibliche Idioten wollen beachtet sein und erfinden zu diesem Zweck, wenn nötig, alle möglichen Tricks, zerkratzen sich, damit der Arzt sie behandeln müsse u. dgl.; auch sind die besten Freundinnen auf einander eifersüchtig. Es ist mir mehrfach begegnet, daß ich Zähne ausziehen mußte, nur weil ich an einer Genossin diese Operation vorgenommen hatte. Männliche Idioten necken und streiten sich leicht, auch wenn sie gar keine Feindschaft haben.

Viele werden beim Spielen wie beim Arbeiten immer angeregter, können nicht mehr aufhören und steigern sich schließlich in Aufregung hinein wie manche Kinder.

Höher stehende Imbezille fügen sich, soweit nicht verbrecherische Tendenzen sie hindern, bei ordentlicher Erziehung in die Familien- und Gesellschaftsordnung ein und können sich meistens noch ein wenig nützlich machen, bei speziellen Fähigkeiten oder bei andern guten Umständen sogar noch ordentlich verdienen. Einer meiner Patienten brachte sich als „Landschaftsmaler“ sehr gut durch, indem er an einem Kurorte immer die gleichen Ansichten in Masse fabrizierte.

Abb. 46. Zerebrale Kinderlähmung, mit typischer Stellung der atrophischen rechten oberen Extremität. Leichtere Atrophie des r. Beines.

Viele der Imbezillen haben das Bedürfnis, zu zeigen, daß sie nicht so dumm sind, d. h. sie besitzen einen starken „Intelligenzkomplex“, herausgewachsen nicht nur aus ungenügender Selbsterkenntnis, sondern direkt aus dem Insuffizienzgefühl, das sie damit kompensieren. Nicht immer tritt dabei die Eitelkeit direkt zu tage; manche sind äußerlich unscheinbar und bescheiden. (Natürlich findet sich der Intelligenzkomplex, sei es als Überschätzung oder als Insuffizienzvorstellung, auch bei andern Kranken und bei Gesunden.)

Verbrechen werden von den Imbezillen nicht selten begangen, und zwar nicht nur von den schwer erziehbaren und moralisch defekten, sondern auch von sonst gutmütigen; bei ihrer mangelhaften Wertung der

Dinge können oft ganz geringe Anlässe zu Mord und namentlich Brandstiftung führen (von sexuellen Attentaten ist schon gesprochen worden). Ein kleiner Streit mit der Herrschaft kann einen Selbstmord, ein einfacher Tadel wegen eines Vergehens eine Brandstiftung provozieren. Einem Imbezillen gefiel es nicht, daß Bruder und Schwägerin nebenan miteinander redeten, worauf er das Haus anzündete. Wie Unüberlegtheit und Unverständnis der Situation zu einer Gewalthandlung führt, zeigte ein Debiler, der sich jahrelang selbständig durchgebracht hatte. Er ging mit einem Kameraden, der in einem Eßwarenladen auf ein Büchlein Waren beziehen konnte und verlangte nun, auf das Büchlein des andern für sich eine Wurst und ein Brot zu beziehen. Der Kamerad weigerte sich natürlich, worauf Patient Skandal machte und, als man mit der Polizei drohte, hinausging und eine Ladenscheibe einschlug. Manche Verbrechen, vor allem Brandstiftung, ab und zu auch Mord anvertrauter Kinder werden begangen als (noch nicht ganz klare) Reaktion auf eine unhaltbare Situation; man nennt gewöhnlich in zu einseitiger Auffassung „Heimweh“ als Ursache.



Abb. 47. Idiotin mit enormem Zurückbleiben der Muskulatur, straff gespannter Haut, so daß z. B. kein Konjunktivalsack mehr da war. Größe ca. 120 cm. Sah im Leben nicht anders aus als hier an der Leiche. Hat nie ein Gewicht von 20 Kilo erreicht. Konnte sich durch die Sprache etwas verständlich machen. Imbezille Aufregungen bei gemütlichen Anlagen. Konnte stricken. Starb ca. 40 Jahre alt. Zwillingsschwester ganz gleich.

Verlauf. Schwerere angeborene Idiotien erkennt man meist sehr früh. Die Kinder fixieren nichts, greifen nicht nach Gegenständen, lachen nicht und bleiben in allem, was geistige Entwicklung genannt wird, und meist auch in körperlicher Hinsicht zurück. In manchen Fällen allerdings setzt die Oligophrenie erst nach der Geburt infolge einer Hirnkrankheit ein (namentlich Enzephalitis und Meningitis). Manche leichtere Formen versagen erst in der Schule, noch andere, wenn sie das Gelernte anwenden sollen, in der Lehrlingszeit, oder noch später, beim Hinaustritt ins selbständige Leben, oder beim Militär, wo sie sich nicht nur durch Ungelehrigkeit, sondern oft durch Stupor, Renitenz und Fahnenflucht bemerkbar machen. Frauen werden leicht Prostituierte, Männer Alkoholiker; beide kommen oft auf die Straße.



Abb. 48. Mit den Fingern spielende Idiotin. Erwachsen. Kann nicht sprechen. Etwas verdutzte Miene gegenüber dem Vorgang des Photographierens.

Manchmal macht ein plötzliches Ereignis, wie der Tod der Eltern, der die Patienten auf eigene Füße stellt, die Krankheit sichtbar; ebenso andere neue Aufgaben, ein Ortswechsel mit neuen Verhältnissen, wobei ein Stupor, Ängstlichkeit bis zur Verwirrtheit mit wahnhaften Vorstellungen, ja Sinnestäuschungen, auftreten kann.

Je nach der zugrunde liegenden Krankheit ist der quantitative Verlauf sehr verschieden. Einzelne bleiben nur hinter andern Kindern zurück, holen sie aber nach und nach einigermaßen ein. Andere werden immer schlimmer, namentlich in der Pubertät, abgesehen von dem anderen Maßstab durch die neuen Aufgaben. Auch später können plötzliche oder allmähliche Verschlimmerungen eintreten, deren Ursache man nicht kennt; immerhin gibt es langsam fortschreitende Hirndegenerationen verschiedener Art. Die Lebenskraft der Oligophrenen, namentlich der Idioten, ist eine geringe. Sie werden im Durchschnitt nicht alt. Leicht erkranken sie früh — schon im fünften Dezennium habe ich es gesehen — an ausgesprochener Hirnatrophie.

Die Ursachen der Oligophrenie lassen sich in Klassen einteilen:

I. Einmal handelt es sich um verschiedene Familienanlagen, die sich so äußern; man sagte, die Oligophrenie sei das Endglied einer fortschreitenden Degeneration. Die Vorstellung ist unklar und unbewiesen.

II. Dann gibt es Keimschädigungen durch Alkoholismus der Eltern (Zeugung im Rausch?), Syphilis und wohl auch andere Krankheiten.

III. Allgemeine Krankheiten der Mutter und deren Unterleibsorgane werden unter Umständen, wenn auch gewiß selten, auf verschiedenem Wege Schädel- und Gehirnmißbildungen bewirken können.



Abb. 49. Halbseitige Mikropyrie bei einem leicht Imbezillen mit Hemiparese.

IV. Gehirn- und allgemeine Krankheiten des Fötus und des Kindes, inklusive Traumen des Gehirns. KRAEPELIN nimmt an, daß auch der schizophrene Prozeß, der ja in der Kindheit beginnen und zu jeder Zeit stille stehen kann, oligophrene Krankheitsbilder erzeugen könne.

Von den speziellen Krankheiten mögen die Namen einen Begriff geben (nach WEYGANDT):

1. Geistige Defektzustände im Jugendalter infolge Erziehungsmangel.
2. Geistige Defektzustände infolge Sinnesmangels.
3. Geistige Schwäche infolge von Anlagehemmung.
4. Idiotie auf Grund entzündlicher Hirnerkrankung.
5. Idiotie auf Grund von Hirnhautentzündung.
6. Idiotie durch Hydrozephalus.
7. Amaurotische familiäre Idiotie und verwandte Störungen.
8. Tuberöse hypertrophische Sklerose.
9. Mongolismus.
10. Infantilismus:
    Infantilismus infolge von Herzfehler.
    Infantilismus bei Intoxikationen und Infektionskrankheiten.

11—16. Glandulärer Infantilismus.

11. Status thymico-lymphaticus und Idiotia thymica.
12. Schilddrüsenstörungen (Dysthyreoidismus).
13. Dysgenitalismus.
14. Hypophysenstörungen (Dyspituitarismus): Akromegalie. Dystrophia adiposogenitalis. Hypophysärer Zwergwuchs. Epiphysäre Störungen.
15. Nebennierenstörungen.
16. Pluriglanduläre Erkrankungen.
17. Syphilidogene Idiotie und Infantilismus.
18. Alkohol und Schwachsinn im Kindesalter.
19. Athetotische Idiotie.
20. Chorea und Schwachsinn.
21. Spasmophilie und Epilepsie.
22. Idiotie und Rhachitis.
23. Chondrodystrophie und Schwachsinn.
24. Turmschädel und Schwachsinn.
25. Dementia praecox im Kindesalter.
26. Dementia infantilis.
27. Manisch-depressives Irresein im Kindesalter.
28. Hysterische Degeneration und Entwicklungshemmung.
29. Neurasthenie und kindliche Entwicklungsstörung.
30. Sonstige Erkrankungen des Zentralnervensystems in Verbindung mit geistiger Entwicklungshemmung.

Viele der Formen betreffen mehr Knaben als Mädchen.

Besondere Formen. Als Blödsinn werden noch zwei andere Zustände bezeichnet, die nicht ganz in unsere Beschreibung der Oligophrenie hineinpassen und eher bei den originären Krankheitszuständen oder den psychopathologischen Persönlichkeiten unterzubringen wären.

I. **Die Unklaren.** Es gibt Fälle, die an Assoziationen gar nicht so arm sind und dennoch unklare Begriffe bilden. Sie sind bis jetzt nicht besonders beschrieben worden. Die Unklarheit ist anscheinend in Verbindung mit einem Mangel an Festigkeit der Assoziationskomplexe, so daß ein Begriff, eine Idee, in diesem Augenblick diese Umgrenzung, im folgenden eine ganz andere hat, ohne daß die Patienten es merken. Meist sind es aktive Naturen, die dem manischen Temperament verwandt sind. Sie haben ziemliche oder große Phantasie und sind recht unbeständig in ihrem Wollen und Handeln.

Beispiel: Bauschreiner mit eigenem Geschäft. „Er beantwortet selten eine Frage scharf und direkt, auch wo es zu seinem Vorteil wäre und er keinen Grund zum Aus-

wichen hat. Er sagt meist etwas anderes, aus dem man die Antwort herauslesen muß. Er bezeichnet es als eine Verleumdung von X., wenn dieser als Zeuge das vom Expl. zugegebene Rauchen bei der Arbeit konstatiert. Diese Unschärfe wird einer der Gründe sein für die absolute Unfähigkeit, sich selber zu beurteilen, seine Fehler einzusehen. Nachdem ich ihm z. B. alle seine Rohheiten gegenüber der Frau vorgehalten und er sie zum Teil zugegeben hat, kann er noch sagen, er sei ein guter Mann gewesen, einen solchen bekomme sie nicht mehr. Überhaupt ist er jetzt noch, wie in der früheren Anstalt „anspruchsvoll" und „von sich eingenommen". . . . .

Als er ins B. kam, glaubte er, 25000 Fr. bar zu besitzen, während die Frau mit größter Mühe das Geschäft vor dem Konkurs rettete; er meinte, es wäre ein leichtes, das Geschäft wieder flott zu machen; wie, konnte er aber nicht einmal andeuten. Und jetzt redet er wieder im gleichen Sinne und will uns glauben machen, er habe das Geschäft besser geführt als die Frau. Früher hat er allerdings einmal selbst konstatiert, daß sein Vormund ihm die Häuser gerettet habe.

Er weiß nicht einmal, ob seine Maschinen verpfändet sind. Er weiß nicht, wie viel Schulden auf seiner Liegenschaft stehen. Er unterschreibt Wechsel und macht sich keine Vorstellung, wie er sie bezahlen soll. Er macht eine bestimmte Forderung an die Frau, die ihm 8500 Fr. nachbezahlen soll, kann sie aber nicht begründen. Auf was für Rechtstitel er sich stützen soll, wenn er um Rückgabe des Geschäftes durch die Frau prozessieren will, davon hat er keine Ahnung. Einmal versteigt er sich zu der Behauptung, er habe nicht nötig, das Geschäft an sich zu ziehen, das sei sein Geschäft. Seine Dummheit, sich einer kleinen Rechnung wegen von der Frauenklinik betreiben zu lassen, sieht er in Wirklichkeit auch jetzt noch nicht ein. Da es ihn geärgert hatte, daß seine Frau in die Klinik ging, will er nicht bezahlen, ohne sich die Konsequenzen zu überlegen, daß er dabei gar nicht die Frau, sondern die unschuldige Frauenklinik und vor allem sich selbst schikaniert. So auch, wenn er die Arbeiter gegen das eigene Geschäft aufhetzte, bloß um der Frau Schwierigkeiten zu machen. Ebenso dumm, wenn auch von geringerer Tragweite, sind die Weigerungen, in H. eine Lebensgeschichte zu verfassen, sich die Temperatur messen zu lassen, wenn er krank ist; und dabei ist das Allerschlimmste, daß er jetzt, nach vier Jahren, nicht fähig ist, die damals im Ärger begangenen Fehler zu erkennen."

Die leichteren Stufen dieser und ähnlicher Störungen bezeichnet man seit von Gudden als **höheren Blödsinn**, nach Hoche als „Salonblödsinn". Es betrifft das Leute, die meist ganz gut, unter Umständen sogar vorzüglich den Lehrstoff der Schule aufnehmen und in gewissen Kombinationen auch wieder abgeben können. Sie haben alle ein gutes, wenn auch nicht sehr genaues Gedächtnis und eine gute sprachliche Begabung und täuschen damit manche Lehrer; ja sie können durch die Matura und gelegentlich einmal durch ein höheres Examen kommen. Vor allem haben sie eine große Fähigkeit, sich rasch den Umständen anzupassen — aber nur äußerlich. Sie sind in gewisser Beziehung instinktive Psychologen und können deswegen die Leute ausgezeichnet „nehmen". Unter ihnen befinden sich manche erfolgreichen Schwindler. Sieht man aber ihre mündlichen und gedruckten Geistesprodukte genauer an, so findet man Wiederholungen von Ideen anderer in neuer Anordnung und konfuse Weiterbildungen derselben. Ein junger Mann hatte es in einer andern Fakultät bis zum Privatdozenten gebracht; als er amtlich mit einem Mädchen zu tun bekam, das außerehelich geschwängert worden war, konnte er nicht begreifen, wie das möglich sei; eine Nabelschnur hielt er für eine fötale Bauchflosse. — Ein anderer hielt politische Reden, war aber unter anderem steif und fest der Meinung, das alleinige Ziel des Zentrums sei, „das Volk zu verdummen". Ein dritter war Naturheiler, schrieb eine Unmasse Broschüren, hatte ein enormes Einkommen und erhielt so viele Anhänger, daß sie mehrere Sektionen eines Vereins zur Verbreitung seiner Wahrheiten bildeten, der jahrelang bestand. Dieser Patient schrieb u. a.: „Durchsichtigkeit mit Hilfe von Selbst- und Welterkenntnis ist nur so weit zu erzeugen, als man den Menschen

in einen liebeglühenden Zustand versetzt". Er verlangte, daß der Mensch durchsichtig werde, so daß man seine Krankheiten sehen könne. In der Glut werden Körper, wenn auch nicht durchsichtig, so doch durchscheinend, also auch in Liebesglut. Das ist die Unklarheit der Begriffe und der Logik solcher Leute.

II. Eine andere Form, in die der höhere Blödsinn ohne Grenze übergeht, ist der **Verhältnisblödsinn.** Nicht immer, wenn auch oft, besteht auch hier eine gewisse Unklarheit des Denkens. Das Wesentliche aber ist ein Mißverhältnis zwischen Streben und Verstehen. Es sind Leute, deren Verstand für eine gewöhnliche Lebensstellung, oft sogar für eine etwas über mittelschwierige ausreichen würde, die aber zu aktiv sind und beständig sich mehr zumuten, als sie verstehen können, deshalb viele Dummheiten machen und im Leben scheitern[1]).

Die psychische[2]) Diagnose der Idiotie ist selbstverständlich; auch die der meisten Fälle von Imbezillität ist leicht. Schwer werden erst die weniger ausgesprochenen Formen und die Debilität.

Immerhin sind auch hochgradige Fälle etwa mit Schizophrenie verwechselt worden. Abgesehen von der Kombination beider Krankheiten (Pfropfschizophrenie) kommen noch in Betracht die katathymen Wahnbildungen der Oligophrenen, die vom Pfropfparanoid nur dadurch zu unterscheiden sind, daß sie keine sicheren Schizophreniezeichen haben.

Die stereotypieartigen Bewegungen vieler Idioten können nicht wohl mit katatonen Stereotypien verwechselt werden, wenn man beide Formen gesehen hat. Sie tragen den Charakter des Gewollten, wie ein Beineschlenkern, machen nicht den Eindruck, wie wenn sie neben dem Bewußtsein abliefen und sind auch inhaltlich verständlicher, elementarer.

Das Stammeln und andere Sprachstörungen der Imbezillen werden nicht selten mit paralytischer Sprache verwechselt. Das Schmieren der letzteren, das Silbenstolpern und die Zunahme dieser Zeichen bei gewissen koordinatorischen Schwierigkeiten sind aber doch leicht zu erkennen. Demgegenüber ist bei der Oligophrenie selten ein Hangenbleiben an einzelnen Lauten zu beobachten, viel eher ein Darüberhinweggehen, Verschlucken derselben; dann fehlt häufig die organische Verbindung der aufeinander folgenden Laute; es ist, wie wenn sie eine fremde Sprache zu lernen anfingen.

In der frühen Kindheit lassen sich psychisch nur die Idioten leicht erkennen; Kinder, die nicht lachen, nicht nach glänzenden Gegenständen greifen, überhaupt ungenügend reagieren, sind Idioten. Schwere Fälle von Mißbildungen des Kopfes lassen oft auch die Laien die Krankheit erkennen.

Da erworbene Demenzen in einigen Beziehungen das aktuelle Denken äußerlich ähnlich schädigen können wie die Oligophrenien, ist eines der wichtigsten Unterscheidungsmittel der Nachweis des ungenügenden Erwerbes von Vorstellungen und Kenntnissen in der Jugend. Unter der Voraussetzung einer bestimmten Schulung und voller Aufnahmsfähigkeit durch die Sinne lassen sich dann aus den vorhandenen Kenntnissen Schlüsse auf die Intelligenz zur Zeit des Erwerbes

---

[1]) Bleuler, Verhältnisblödsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. 71. Reimer, Berlin 1914.

[2]) Die Diagnose der zugrunde liegenden Hirnkrankheit übergehen wir.

derselben ziehen, d. h. darauf, bis zu welchem Grade der Kompliziertheit während der Schulzeit Material aufgenommen, verstanden und verarbeitet werden konnte. Man vergesse aber nicht, wie es so oft geschieht, daß die Kenntnisprüfung nicht die Intelligenzprüfung ist, sondern Material dazu. Ein Schizophrene, ein Organischer, ein Epileptiker wird die komplizierteren und stark abstrakten Begriffe in den Stadien, da man noch eine Untersuchung bei ihm durchführen kann, nicht verlieren. Der Mangel solcher Erwerbungen kann also die Oligophrenie beweisen. Man muß aber Erfahrung darüber haben, was man in den verschiedenen Kreisen vom Durchschnittsmenschen in diesen Richtungen erwarten darf, und hat namentlich nicht zu vergessen, daß jemand in einem Gebiet über und zugleich in einem andern unter dem Durchschnitt sein kann.

In beiden Fällen aber ist das Interesse, die auf das Lernen verwandte Aufmerksamkeit, zu berücksichtigen. In der Schule kann man zurückbleiben, nicht nur wegen ungenügender Intelligenz, sondern auch, wenn man nicht aufpaßt, sich nicht anstrengt. Im Leben kann einer, der das Bedürfnis hat, den kausalen Verhältnissen nachzugehen, bei gleich niedrigem Verstande sehr viel mehr wissen als ein anderer, der in dieser Beziehung gleichgültig ist.

Der Patient mag ferner einen Prüfungsstupor haben, er mag in einem speziellen Gebiet nicht bewandert sein, er kann etwas negativistisch sein, er kann, wie gerade in Untersuchungsfällen oft, bösen Willen haben, sich dumm stellen wollen, und schließlich kann er gegenteils alle solche Proben ausgezeichnet bestehen und vor der allein maßgebenden Prüfung, der durch das Leben, vollständig scheitern. Letzteres aus den verschiedensten Gründen: weil sein Schwachsinn mehr auf dem Gebiete der Affektivität oder des Willens liegt, oder weil er gerade für praktische Ideen wenig Verständnis hat, oder weil seine Triebe ihm Aufgaben stellen und ihn in Situationen führen, denen auch eine gute Intelligenz nicht gewachsen ist. Ähnlich oft bei der Schizophrenie, wo ein Patient unter Umständen mit Leichtigkeit die dritte Wurzel auszieht und die ganze Prozedur ohne weiteres versteht, aber nicht imstande ist, sich richtig anzuziehen.

Der debile und der schwachbegabte gesunde Mensch „unterscheiden sich nicht durch das Maß ihres Wissens, sondern durch das Maß ihres Könnens; durch die Fähigkeit, ihr Wissen selbsttätig zu verwerten. Es handelt sich nicht um die Intelligenz an und für sich, sondern um die Intelligenz als Führerin durchs Leben. Und nur in letzterer Richtung ist der Debile notwendig defekt"[1].

Das Ausschlaggebende bei allen schwierigeren Fällen ist deshalb die Anamnese, die hier mit besonderer Sorgfalt aufgenommen werden muß.

Bei tiefer stehenden Imbezillen sind die BINETschen Tests (S. 430) zu manchen Zwecken ganz brauchbar. Man kann auch angefangene Sätze fertig machen, die EBBINGHAUSschen lückenhaften Texte vervollständigen, Bilder erklären, Sprichwörter auslegen, Fabeln nacherzählen und erklären lassen[2]. Vor unvorsichtiger Benutzung solcher Tests ist aber ausdrücklich zu warnen. Das sind alles sehr gute Anlässe, bei denen sich der Stand der Intelligenz unter Umständen kund geben kann, aber gar nicht muß.

[1]) WAGNER VON JAUREGG, Gutachten. Wien. klin. Wochenschr. 1913, 26, S. 1947.

[2]) Genaueres siehe z. B. bei ZIEHEN, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Reuther & Reichard, Berlin 1915.

In allen leichteren Fällen aber sind diese Dinge Nebensache. Alle die theoretischen Proben können tadellos bestanden werden, während der Patient vollständig unfähig ist, seine Angelegenheiten selbst zu verwalten. Da heißt es, nicht nur theoretisch und aktuell sein Verständnis in seinen eigenen Geschäften prüfen, sondern vor allem seine ganze Vergangenheit durchforschen, um zu sehen, wie er sich da benommen hat. Der einzig maßgebende Prüfstein ist eigentlich das Leben.

Was hier über diese Prüfungen gesagt ist, nehme man nur als Beispiele und Winke zu individuellem Vorgehen. Es ist unmöglich, alles vorzuschreiben, was im einzelnen Falle untersucht werden soll. Es ist auch nicht immer von besonderer Wichtigkeit, was man mit dem Patienten redet, sondern wie man beobachtet, und wie man schließt. Hier wie nirgends muß der Arzt auf seinen eigenen Verstand abstellen und je nach Lage des Falles Prüfungen weglassen und andere einsetzen. Das Wichtigste ist immer die Beurteilung der Beobachtungen und Erhebungen. Die Intelligenzprüfung bleibt trotz aller Vorschriften ebensowohl eine Probe auf die Intelligenz des Arztes wie auf die des Patienten.

Alles hier Gesagte bezieht sich aber nur auf den ursprünglichen Stand der Intelligenz; durch die „Intelligenzprüfung", unter der man üblicher Weise nur die rasche Untersuchung des Schulwissens und höchstens noch des Lebenswissens versteht, eine der erworbenen Blödsinnsformen, besonders die Dementia praecox ausschließen zu wollen, ist widersinnig; sie damit diagnostizieren zu wollen, ist unpraktisch.

Gang der Intelligenzprüfungen. Man wird bei einer Intelligenzprüfung zunächst den Kontakt mit dem Patienten zu gewinnen suchen, damit er nicht in Examenstupor oder in eine negative Einstellung verfalle; man knüpfe also irgendwo ganz natürlich an etwa durch Fragen über sein Befinden, seinen Schlaf oder seine Situation. Dabei wird man je nach der Reaktion des Patienten ein Gebiet auswählen, auf das er am ehesten einzugehen scheint. Man beachte auch die Geschlechtsunterschiede; bei Frauen sind im ganzen mehr praktische und psychologische Kenntnisse zu erwarten als theoretische und exakte. In Geographie und geometrischen Begriffen darf man von ihnen nicht zu viel verlangen.

Man läßt den Exploranden z. B. von der Familie erzählen; was der Vater tut und ähnliches. Dann kann man auf das Schulwissen eingehen indem man ihn frägt, wie es in der Schule gegangen sei, welche Fächer er „am liebsten" gehabt habe u. dgl. Dabei kann man vernehmen, ob er sitzen geblieben ist. Wenn er aus der Geschichte erzählt, ist nicht das Wichtige, wie viel er weiß, sondern wie er es verarbeitet hat, ob er besonders Details erzählt, vielleicht in auswendig gelernten Phrasen, ob er eine Übersicht verrät durch selbständige Zusammenfassung und Beurteilung, oder ob die Beurteilung landläufig Gegebenes wiederholt u. dgl. Gerade hier kann man oft gut erkennen, inwieweit der Patient fähig war, das Wesentliche herauszuarbeiten, inwiefern er es scharf erfaßt hat oder nicht. Man wird auch darauf achten, ob er weitschweifig erzählt oder ob er fähig ist, zusammenzufassen. Das Hängen an Nebensachen am Sinnlichen, im Zusammenhang mit den andern Symptomen auch das Auslassen logischer Zwischenglieder, ohne daß es bemerkt wird, be-

weisen die Imbezillität. Besonders geeignet zur Unterscheidung von phrasenhaftem Wiederholen und verständnisvoller Bearbeitung ist die biblische Geschichte und die einfachere Dogmatik („warum ist Christus gestorben?"). In der Geographie ist für viele Oligophrene charakteristisch, daß sie über ihre Umgebung, so weit sie sie durch Erleben kennen, gut orientiert sind, aber unklar werden oder nichts wissen, sobald man etwas von ihnen frägt, was sie theoretisch hätten lernen sollen. Auch elementare Kenntnisse in der kosmischen Geographie, wie es Tag und Nacht wird, die Finsternisse usw. dürfen nicht mit Sicherheit von jedem Gesunden erwartet werden; dennoch sind auch hier die Antworten oft für gutes Verständnis einerseits oder für Oligophrenie andererseits bezeichnend. Beim Rechnen findet man häufig die Fähigkeit, im praktischen Leben, bei geläufigen Kaufs- und Verkaufsbeispielen, beim Kartenspiel auszukommen, während bloß theoretische Beispiele versagen. Seltener verhält es sich umgekehrt, indem die Patienten nur das in der Schule Gebotene wiederholen und in der gelernten Weise reproduzieren, aber nicht aufs praktische Leben anwenden können. Die letzteren Patienten scheinen zunächst die intelligenteren, sind aber dem Leben gegenüber die hilfloseren. Bei der Prüfung der Mathematik ist wie überall mit leichten Beispielen zu beginnen und zum Schwereren fortzuschreiten (Geldstücke zählen, Addition, Subtraktion, dann Multiplikation. Das Einmaleins ist gewöhnlich Gedächtnissache, nicht Verständnissache. Es gibt Imbezille, die 2 + 2 nicht lösen, aber z. B. 2 mal 2 und 14 mal 14. Dann Division, schließlich Brüche).

Man wird hierauf den Prüfling etwas Einfaches lesen lassen (z. B. eine der Fabeln S. 130f.). Oligophrenien sind meist von später erworbenen Psychosen leicht zu unterscheiden durch das schülerhafte Lesen, durch die Schwierigkeiten bei selteneren oder komplizierteren Wörtern u. dgl. Die Reproduktion des Inhaltes ist nicht so leicht zu beurteilen, weil Aufmerksamkeitsstörungen hier besonders leicht mitspielen; kann doch der Gesunde, wenn er erregt ist, ganze Seiten lesen, ohne etwas aufzufassen.

Rasch ist man meist so weit orientiert, daß man sich die Fragen ersparen kann, die für den speziellen Fall viel zu leicht oder viel zu schwer sind. Um aber eine nach Möglichkeit genaue Bestimmung der Höhe und der Art des Verstandes zu haben, muß man unter andern auch Fragen stellen, die etwas schwer erscheinen. Das letztere wird uns oft dahin ausgelegt, daß wir die Leute Dinge fragen, die Gesunde auch nicht beantworten können, und daß wir dann aus Nichtwissen unrichtigerweise auf Blödsinn schließen. Abgesehen von der Notwendigkeit der Grenzbestimmung sind aber solche Fragen auch deswegen nicht zu vermeiden, weil man nicht nur aus Wissen und Nichtwissen zu schließen hat, sondern aus der Art, wie der Kranke antwortet; merkt er selbst nicht, daß er die Sache nicht versteht? Wie verdeckt er sein Nichtwissen? Wie hilft er sich heraus? Aus solchen Beobachtungen läßt sich eben die geistige Höhe in nicht schweren Fällen von Imbezillität oft leichter erkennen als aus direkten Fragen, und besonders die Unklaren lassen sich auf diese Weise am besten herausfinden. Was man frägt, ist ja überhaupt nicht so wichtig, wie was man schließt.

Schon vor der mündlichen Prüfung hat man wenn möglich eine Lebensgeschichte schreiben lassen, woraus sich der Schulbildungsgrad,

aber auch die Auffassung des Lebens, der Reichtum der Ideenassoziationen und vieles andere ohne weiteres ergibt. Die Schreibweise mit ihrer Unbehilflichkeit in Buchstabenform und Grammatik und Inhalt ist oft charakteristisch für Oligophrenie. Man läßt dann den Patienten einfache Bilder ansehen, wobei man darauf achtet, ob er einen Unterschied macht zwischen geläufigen Dingen und seltener vorkommenden oder solchen, die man bloß aus Beschreibungen kennt (fremde Tiere, Pflanzen usw.). Dann geht man zu Bildern, die eine Situation darstellen, und läßt sich zeigen, ob nur das Einzelne oder die Gesamtbedeutung aufgefaßt wird.

Hat die bisherige Prüfung ausnahmsweise das Abstraktionsvermögen nicht beleuchtet, d. h. hat man nicht gesehen, inwiefern der Patient fähig ist, abstrakte Begriffe zu bilden und mit ihnen zu arbeiten, so wird man versuchen, über Abstrakta direkt mit ihm zu reden (Arbeit, Schlaf, Sprung, Erinnerung, Blick, Armut, Freude, Friede, Schönheit, Tapferkeit, Staat, Erlösung), sei aber dabei sehr vorsichtig. Die üblichen Definitionsfragen sind auch von Gesunden nicht leicht schön zu beantworten.

Dann wird man ein Gespräch über Dinge des Lebens mit ihm anknüpfen. Wie beurteilt er seine Verhältnisse, eventuell sein Delikt? Weiß er in seinem Handwerk, woher die Stoffe kommen? Kennt er die Bedeutung der einzelnen Manipulationen? usw. Warum ist er da und dort aus der Arbeit gelaufen? Was denkt er nun zu tun? Wie will er sich aus der Patsche ziehen?

Sehr gute Anhaltspunkte, ja oft die Diagnose kann das Assoziationsexperiment ergeben.

Bei allem soll man sich hüten, sich durch Zungenfertigkeit oder affenartige Reproduktion ein Wissen oder gar ein Verständnis vortäuschen zu lassen; ferner ist auch auf die Klarheit der Vorstellungen besonders bei sprachbegabten Leuten zu achten (vgl. das Beispiel von Unklarheit S. 444). Hat der Patient keinen Stupor, so wird man den Grad und den Umfang seiner Aufmerksamkeit, die Ermüdung konstatieren u. dgl. Ferner ist die Affektivität genau zu beachten; man wird auch sehen, inwiefern sie die Logik beherrscht. Zu diesem Zwecke wird man manchmal nötig haben, am Ende der Untersuchung, wo nichts mehr zu verderben ist, affektbetonte Themata zur Sprache zu bringen, dem Patienten verdiente Vorwürfe zu machen u. dgl.

Der zweite oft viel wichtigere Teil besteht in der Feststellung des Verhaltens bei Arbeit und Muße, während der Beobachtung und im Vorleben.

Behandlung[1]). Die Unklaren und die Verhältnisblödsinnigen kommen nicht so häufig zum Arzt. Sie sind wohl alle unheilbar, da und dort noch etwas erziehbar, aber viel anderes als vormundschaftliche Maßregeln wird man ihnen gegenüber wohl kaum mit Glück anwenden können. Bei frühem Eingreifen kann Versetzung in ein Milieu, das bei aller Rücksichtnahme auf die Eigentümlichkeiten des Patienten doch konsequent alle Abwege vermeidet, eine gewisse Besserung erreichen.

Die eigentlichen Oligophrenien sind sehr häufige Krankheiten: mehr

---

[1]) Vgl. auch: Th. Heller, Pädagogische Therapie für Ärzte usw. Leipzig und Wien 1914.

als ein Promille der Bevölkerung gehört ihnen an. Nichtsdestoweniger hat sich der Arzt nicht gerade viel mit ihnen zu beschäftigen.

Gegen die Krankheit selber ist bis jetzt einzig bei den athyreoiden Formen (Kretinismus) etwas zu tun (Thyreoidin).

Sonst handelt es sich um Pflege und Erziehung. Beides muß speziell verstanden werden. Eine gewisse Art Anpassungsfähigkeit haben fast alle dieser Kranken, auch die schwereren Idioten noch. Mancher ist bei ungünstiger Behandlung, namentlich bei Verprügelung oder Verhätschelung ein gefährliches und schädliches Individuum, dem mehrere Personen nicht Meister werden, bei richtiger Behandlung aber ein liebes Kind. Wo gefährliche Tendenzen sind, ist natürlich Internierung nötig. Von besonderer Wichtigkeit ist die Auswahl des richtigen Berufes, der besser zu wenig als zu viel Ansprüche an die Fähigkeiten und die Energie der Kranken macht. Viele Eltern wollen zu hoch gehen.

Auch im späteren Leben kommt es namentlich darauf an, daß sie eine ihren Fähigkeiten und ihrem Temperament angepaßte Lebensstellung haben. Zu hohe Anforderungen sind immer schädlich. Aber auch in den anscheinend hoffnungslosesten Fällen vergesse man nicht, daß meistens etwas, oft sehr viel, zu bessern ist, wenn man den Patienten in richtige Hände gibt. Ein Teil der Erziehungsanstalten für Oligophrene sind recht zweckentsprechend.

Bei aufgeregtem Hydrozephalus kann Lumbalpunktion, ja Ventrikelpunktion vorübergehend Linderung bringen. Namentlich die erstere Operation kann periodisch wiederholt werden.

Bei Neigung zu sexuellen Exzessen kann man durch Sterilisation oder Kastration die dauernde Internierung umgehen. Doch richte man sich mit diesem Rat nach den Anschauungen des Milieu und beachte die gesetzlichen Formen (Einwilligung durch alle Beteiligten; Vormund oder Beistand ad hoc usw.).

O. Anhang.

Das Notwendigste aus der gerichtlichen Psychiatrie.

Ein vollständiger Abriß der gerichtlichen Psychiatrie findet in einem Lehrbuch der Psychiatrie keinen genügenden Raum. Es sollen hier nur einige der wichtigsten und der häufigsten Begriffe und Bestimmungen erläutert werden. Für alles Weitere ist auf die speziellen Lehr- und Handbücher[1]) zu verweisen, die jedem der etwas tiefer in die Materie hineinsehen möchte, unentbehrlich sind. Daß ich den Abschnitt dennoch anfüge, hat seinen Grund darin, daß ein Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie für die schweizerischen Verhältnisse noch nicht möglich ist, so lange kein einheitliches schweizerisches Strafgesetz besteht. Doch kann natürlich auch hier nicht der ganze bunte Jahrmarkt der 27 Strafgesetze und Strafprozeßordnungen aufgeführt werden. Ich muß mich begnügen, einige Beispiele herauszuheben. Jeder Schweizerarzt soll sich um die Gesetze seines Kantons kümmern. Übrigens bekommt das einheitliche Zivilgesetz mit seinen mannigfaltigen ärztlichen Aufgaben eine ungleich größere Bedeutung als die Strafgesetze.

Manche Fragen werden von Gutachtern und Richtern verschieden beantwortet. So weit als möglich habe ich versucht, die am allgemeinsten geltende Auffassung wiederzugeben, ohne meine eventuell abweichende Ansicht zu verbergen.

Ich hielt es auch nicht für richtig, die Gesetzgebungen der einzelnen Länder selbständig für sich zu behandeln, nicht nur um Wiederholungen zu vermeiden, sondern namentlich auch deswegen, weil nichts so sehr geeignet ist, den Anfänger in die Bedeutung gesetzlicher Normen einzuführen wie der Vergleich verschiedener Bestimmungen. Vor allem setze ich also voraus, daß der schweizerische und österreichische Arzt auch die Bemerkungen über die deutsche Rechtsprechung lese. Eher kann der Reichsdeutsche die dem schweizerischen und dem österreichischen Recht gewidmeten Abschnitte entbehren.

Erfahrungsgemäß hat der Mediziner einige Mühe, sich in die juristischen Denk- und Sprech- und Handlungsweisen hineinzudenken. Er ist gewohnt, von den Tatsachen auszugehen und daraus die Schlüsse zu ziehen. In den gesetzlichen Normen aber werden ihm irgendwie gewonnene Begriffe geboten, an denen er die Tatsachen zu messen hat, ja Worte, deren Konsequenzen in einzelnen Fällen denen, die sie festgelegt haben, selbst unerwünscht sein können. Wir finden hier auch Worte mit einer prinzipiell ganz neuen Bedeutung, die manchmal aus andern Paragraphen des Gesetzes hervorgeht.

---

[1]) HOCHE, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. Aufl. Hirschwald, Berlin 19..

manchmal aber nicht, und dann nur aus entfernten Motiven oder Überlegungen zu gewinnen ist. Die Ausdrücke können auch von Gesetz zu Gesetz, ja von Paragraph zu Paragraph innerhalb des nämlichen Gesetzes, ihre Bedeutung ändern. Den Sinn jedes Ausdruckes an jedem Ort muß der Experte genau kennen und sich dann auch daran halten. Ungewohnt kommt ihm auch vor, daß er nur nach allgemeinen Vorschriften handeln soll, die oft für den vorliegenden Fall nicht recht oder gar nicht passen, während er in seiner Wissenschaft nur zu fragen hat, was materiell gut sei. Nicht so selten setzt der Jurist Dinge oder Verhältnisse voraus, die nach der Meinung des Experten nicht existieren. Auch das geht ihn gar nichts an. Er hat sich in allem strikte nach dem zu richten, was der Gesetzgeber und der Richter von ihm verlangen; hat er einen abweichenden privaten Standpunkt, so mag er den in Diskussionen de lege ferenda, aber nicht im Gutachten vertreten. Leider bleibt auch so noch genug Kontroverses und Unsicheres.

1. Strafrecht.

a) Zurechnungsfähigkeit.

α) Deutsches Recht.

Im Strafrecht ist der wichtigste Begriff der der Zurechnungsfähigkeit. Was er für einen Sinn hat, kann als selbstverständlich betrachtet werden. In den verschiedenen Strafgesetzen wird er aber sehr verschieden definiert resp. umschrieben.

Das deutsche Strafgesetzbuch normiert die *Un*zurechnungsfähigkeit im § 51 folgendermaßen:

> Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Die Fassung, „eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden“, ist aus doktrinären Gründen aus dem Code Napoléon herübergenommen worden und hat einige unerwünschte Konsequenzen, so die, daß Beihilfe zu einer sonst als Verbrechen bezeichneten Handlung eines Unzurechnungsfähigen straflos ausgeht, weil zu einer Handlung, die nicht vorhanden ist, keine Beihilfe geleistet werden kann.

„Bewußtlosigkeit“ heißt hier natürlich nicht Bewußtlosigkeit; denn in Zuständen von Bewußtlosigkeit ist man ein bewegungsloser Körper oder hat höchstens unkoordinierte Krämpfe. Es sind also „Störungen“ oder „Trübungen“ des Bewußtseins gemeint, insofern sie die freie Willensbestimmung ausschließen. Hoche (l. c. S. 480) nennt als „forensische Bewußtlosigkeit“ Zustände mit „völligem Verlust der Besonnenheit“, ein Ausdruck, der sehr gut die Meinung des Gesetzgebers wiedergibt. Am häufigsten kommen solche (vorübergehenden) Bewußtseinstrübungen bei der Epilepsie vor, dann etwa als hysterische Dämmerzustände, in Schlaftrunkenheit und Schlafwandeln; außerdem reagiert auch einmal ein Psychopath auf irgend ein schwer affektives Ereignis mit „transitorischer Verwirrung“. Der Ausdruck „krankhaft“ gehört allerdings nur zu dem Begriff „Störung der Geistestätigkeit“, nicht zu dem der „Bewußtlosigkeit“; man wird aber dennoch die,

abgesehen vom Rausch, äußerst seltenen Fälle, in denen bei einer nicht schwer psychopathischen Persönlichkeit ein maximaler Affekt zu ganz sinnlosem Benehmen führt, nicht wohl einbeziehen, jedenfalls die Entscheidung hier ganz dem Richter überlassen, da mit Ausschluß der Krankheit die Tätigkeit des ärztlichen Experten beendet ist. Immerhin ist es ratsam, dem Richter klar zu machen, welche Bedeutung dem Affekt zukommt. Man pflegt hier auch hypnotische Zustände zu erwähnen; die Diskussion derselben hat aber mehr theoretische als praktische Bedeutung.

Umgekehrt verhält es sich mit dem Rausch, dessen Theorie eben so klar ist wie die Praxis schwankend und widerspruchsvoll. Vergiftungen werden sonst als krankhafte Zustände betrachtet; hier handelt man sie unter den Bewußtseinsstörungen außerhalb des Begriffes der Krankheit ab. Das ist übrigens Nebensache. Klar ist, daß jede andere Vergiftung und jede Geisteskrankheit, die die Psyche in gleichem Maß alterieren würde wie die gewöhnliche Alkoholintoxikation, unbedenklich als Strafausschließungsgrund zu gelten hätte. Ein Rausch ist psychopathologisch eine Geistesstörung; ein leichter ist eine leichte (toxische) Psychose, ein schwerer eine schwere; der Berauschte ist ein anderer geworden, gerade wie der Geisteskranke. Man darf aber aus diesen Tatsachen die forensischen Konsequenzen nicht ziehen; einmal — und das ist ja das Ausschlaggebende — weil es der Gesetzgeber nicht so gedacht hat, dann aber auch weil bei unseren jetzigen Trinksitten sonst die Mehrzahl vieler Arten Verbrechen, z. B. der Körperverletzungen, gar nicht geahndet werden könnte. Man wird also nur „sinnlose Betrunkenheit“, bei der die Denkstörung in auffallender Weise hervorgetreten ist, als Strafausschließungsgrund gelten lassen und sonstigen schweren Rausch nur als „mildernden Umstand“. Das ist aber recht willkürlich, und es gibt ausländische Gesetzgebungen, wo der Rausch auch in seinen höchsten Graden weder straflos noch weniger strafwürdig macht. Sogar innerhalb der deutschen Gesetzgebung sehen wir einen solchen Konflikt: Im Militärstrafgesetz heißt § 49 Abs. 2:

> Bei strafbaren Handlungen gegen die Pflichten der militärischen Unterordnung sowie bei allen in Ausübung des Dienstes begangenen strafbaren Handlungen bildet die selbstverschuldete Trunkenheit keinen Strafmilderungsgrund.

Sinnlose, nicht selbst verschuldete Berauschtheit bleibt aber auch hier ein Strafausschließungsgrund. In Fällen von Berauschtheit wird der Arzt selten zugezogen; es hätte das auch nur dann einen Sinn, wenn eine krankhafte Grundlage mit abnormer Art des Rausches in Frage kommt, denn die wirkliche Psychopathologie der Alkoholvergiftung fällt aus den angegebenen Gründen doch außer Betracht. Der eigentliche pathologische Rausch (S. 163) ist natürlich immer einer Geisteskrankheit resp. einer Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 gleich zu achten.

Ein klarerer Begriff ist der der „krankhaften Störung der Geistestätigkeit“. Es ist nur dabei das „krankhaft“ nicht zu übersehen; nicht krankhafte Störungen der Geistestätigkeit, die ja allenfalls denkbar sind (z. B. sinnloser Aberglaube), haben keine strafausschließende Bedeutung. Wo ausgesprochene Geisteskrankheiten vorliegen, ist die Entscheidung für alle Teile leicht. Immerhin diagnostizieren wir jetzt einzelne Geisteskrankheiten schon aus so unscheinbaren Symptomen, daß ich in einigen wenigen Fällen von Schizophrenie sowohl aus theoretischen wie aus praktischen Gründen unter genauer Angabe meiner Überlegungen für Zurechnungsfähigkeit plädierte, wobei der Richter beistimmte. Auch Aschaffenburg vertritt ähnliche Ansichten, während allerdings andere der Meinung sind, daß jede erworbene

Geisteskrankheit im engeren Sinne unzurechnungsfähig mache. Bei angeborenen Schwachsinnszuständen muß man natürlich, was gar nicht leicht ist, eine künstliche Grenze machen, entweder zwischen krank und nichtkrank oder dann zwischen freiem und nichtfreiem Willen. Meistens läßt sich aber doch feststellen, ob der Explorand die Fähigkeit, die Strafbarkeit der Tat einzusehen, besaß oder nicht, und ob er imstande war, aus dieser Fähigkeit die Konsequenzen im Handeln zu ziehen. Bei letzterer Funktion nun ist nicht nur an die Überlegungskraft zu denken, sondern auch an die Affektivität, die in diesen Fällen so häufig auch pathologisch erscheint und geeignet ist, den armseligen Verstand zu überrumpeln (dabei aber Vorsicht, s. folg. S.).

Daß trotz allem ein breites Zwischenland zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit besteht, ist für den Naturwissenschafter außer Frage. Die Behandlung dieser Zwischenstufen liegt praktisch und theoretisch sehr im Argen. Bei nur etwas mehr als einem Viertel der Verbrechen sind mildernde Umstände möglich. Bei den übrigen, und zwar gerade bei den mit schweren Strafen bedachten Verbrechen, muß der Schwachsinnige, wenn nicht seine freie Willensbestimmung ganz ausgeschlossen ist, gleich bestraft werden wie der Vollsinnige. Man hatte deshalb auch in deutschen Landesgesetzen und hat jetzt noch in verschiedenen anderen Ländern den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, und viele Juristen und namentlich Psychiater befürworten die Wiedereinführung desselben trotz einiger begründeter praktischer Bedenken. Er allein entspricht den Tatsachen; und wenn man „gerecht" sein will, so kann man ohne denselben überhaupt nicht auskommen. Aber es ist ratsamer, auf den Begriff zu verzichten, als ihn in der falschen Form anzuwenden, daß der Herabsetzung der Zurechnungsfähigkeit eine Herabsetzung der Strafdauer entspricht. Die Rechtssicherheit verlangt, daß die vermindert Zurechnungsfähigen nicht einfach „weniger bestraft", sondern „anders behandelt" werden sollten als die Zurechnungsfähigen und die Unzurechnungsfähigen. Einen Unzurechnungsfähigen wird man, so lange er gefährlich ist, wenigstens im Prinzip ohne große Schwierigkeiten eingesperrt behalten, ein Zurechnungsfähiger wird wenigstens seine Strafe absitzen, der vermindert Zurechnungsfähige oder mildernder Umstände Werte aber wird bei jetziger Praxis weniger bestraft, und folglich, wenn man eine abschreckende oder erziehende Wirkung der Strafe erwartet, weniger abgeschreckt oder erzogen, und wenn man das Hauptgewicht auf die Verbrechen verhütende Einsperrung legt, weniger lang unschädlich gemacht; und doch ist er als derjenige, der sich noch weniger beherrschen könne wie der Durchschnittsverbrecher, d. h. als der Gefährlichere erklärt worden!

Vorläufig kann man dem Übelstand nur abhelfen durch Anerkennung des Begriffes der verminderten Zurechnungsfähigkeit, aber mit gleichzeitiger besonderer Behandlung dieser Zwischenstufe — bis einmal neue Anschauungen alle theoretischen und unfruchtbaren Kontroversen über krank und gesund, verantwortlich und unverantwortlich abschneiden und einfach den Verbrecher so behandeln, daß die Gesellschaft am besten vor ihm geschützt, und daß auch dem Delinquenten nicht mehr Übles zugefügt wird als nötig.

Der deutsche Experte hat nach meiner Meinung das Recht, und da dem Richter meist die zur Einschätzung des Zustandes nötigen klinischen Kenntnisse fehlen, auch die Pflicht, in diesen Zwischenfällen die Tatsache der verminderten Fähigkeit, nach freiem Willen zu handeln, im Text des Gutachtens hervorzuheben und zu beweisen, die Konsequenzen aber dem Richter zu überlassen; in der engeren Fragebeantwortung haben die allgemeinen

Erwägungen nicht Platz, wenn der Richter nicht ausdrücklich darnach gefragt hat.

Die letzteren Erwägungen gehören auch zur Besprechung des Begriffes der „freien Willensbestimmung"; denn es ist eigentlich nicht die Krankheit und deren Grad an sich, die die Zurechnungsfähigkeit beeinflußt, sondern der Mangel der freien Willensbestimmung. Nun existiert diese freie Willensbestimmung, so wie der Philosoph und der Jurist sie sich denken, für den Naturwissenschafter nicht. Im Prinzip aber macht diese Bestimmung dennoch dem ärztlichen Gutachter keine Schwierigkeiten; was der Ausdruck meint, kann ja nicht zweifelhaft sein: Die Reaktionsweise des normalen Menschen, die normale Bestimmbarkeit der Handlungen durch normale Motive. Diese verlangt erstens, daß normale Motive gebildet werden, und zweitens, daß man denselben folgen könne. Das letztere ist allerdings zur Zeit noch ein für manchen Richter nicht faßbarer Begriff. Daß ein Idiot nicht fähig sein kann, den Eigentumsbegriff in allen seinen Konsequenzen zu verstehen, begreift jeder, daß aber auch Abweichungen der Affektivität, des sogenannten Willens, verhindern können, den Einsichten gemäß zu handeln, das wird nicht so leicht zugegeben oder, wenn zugegeben, dann nicht als krankhaft im Sinne des § 51 anerkannt. Bezeichnend ist dafür die Auffassung der moralischen Idiotie (S. 425). Ob sie existiert oder nicht, ist eine nicht juristische Frage. Für den Fall aber, daß sie existiert, hat das Reichsgericht entschieden, der Mangel an moralischen Gefühlen sei nicht eine Krankheit im Sinne dieses Gesetzes. Daran hat man sich zu halten; man kann also einen moralischen Idioten nur dann unzurechnungsfähig erklären, wenn außerdem andere maßgebende Defekte, namentlich intellektuelle, die man trotz ihres gleichen Ursprungs ohne weiteres als krankhaft auffaßt, den Willen beeinflussen. Aber auch bei anderen affektiven Abnormitäten, affektiver Inkontinenz resp. Unbeherrschbarkeit der Affekte, kann man nur in sehr ausgesprochenen und auch dem Laien leicht demonstrierbaren Fällen die freie Willensbestimmung ausschließen, obgleich dabei mancher verurteilt werden wird, der unbedingt ohne Strafe davon käme, wenn man nachweisen könnte, daß seine Affektanomalie z. B. im Zusammenhange mit einer epileptischen Degeneration sei.

Das ärztliche Gutachten hat also in den Fällen fraglicher Zurechnungsfähigkeit die An- oder Abwesenheit einer Bewußtlosigkeit (recte Bewußtseinsstörung) oder einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit nachzuweisen. Da der Terminus der Bewußtlosigkeit hier (wie noch an wenigen anderen Orten der deutschen Gesetzgebung) etwas anderes bezeichnet als sonst, so ist es oft für beide Teile angezeigt, von „Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 StGB." zu sprechen. Inwieweit man sich auf die graduelle Bestimmung des Ausgeschlossenseins der freien Willensbestimmung einlassen soll, ist strittig. Man entscheide sich nach folgenden Anhaltspunkten: Nach den Motiven zum Strafrecht ist es sicher, daß der Gesetzgeber die Frage, ob die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sei, dem Richter überlassen wollte, und für die einfachen Fälle, wo auf die Frage nach Bewußtlosigkeit und krankhafter Störung der Geistestätigkeit ein rundes Ja oder Nein gegeben werden kann, steht dem auch nichts entgegen. Aber der Verfasser der Motive hat vergessen, daß der Gesetzgeber selber mit seinem Zusatz von der freien Willensbestimmung die Begriffe von Bewußtlosigkeit und krankhafter Störung der Geistestätigkeit zu relativen stempelte, und daß den Grad der Störungen nur derjenige bestimmen kann, der den Exploranden genau untersucht hat, also der Experte. Es stellen denn auch jetzt fast alle Richter direkt die Frage nach

dem Ausschluß der freien Willensbestimmung, und da würde ich es mit der großen Mehrheit der Experten für einen Fehler halten, die Beantwortung abzulehnen. Unter allen Umständen ist dem Richter das Material zur Entscheidung auch dieser Frage zu liefern, und wenn man in nicht anmaßender Form auch die Konsequenzen daraus zieht, so wird wohl niemand etwas dagegen haben. Der Richter ist ja gar nicht an das Gutachten gebunden und kann es ablehnen, wenn er mit dessen Folgerungen nicht einverstanden ist.

Eine der größten Schwierigkeiten einer ersprießlichen Gutachtertätigkeit bildet das von sensationslüsternen Zeitungsschreibern und andern Leuten immer wieder aufgetischte Märchen, die Psychiater wollen die Verbrecher „der verdienten Strafe entziehen". Nun mag es auch unter Psychiatern wie unter andern einmal einen besonders Gutmütigen geben, der es schwer über sich bringt, jemanden, mit dem er längere Zeit verkehrt hat, ins Zuchthaus oder gar aufs Schafott zu bringen. Das liegt aber an der Persönlichkeit und nicht an der Wissenschaft und wird bei Psychiatern nicht einmal so häufig sein, denn die naturwissenschaftliche Betrachtung verlangt im Gegenteil einen besseren Schutz der Gesellschaft und zwar, wenn es, wie recht oft, möglich ist, vor der Tat und nicht erst, wenn es zu spät ist. Das wissen auch die gewiegteren Verbrecher sehr gut und fürchten den Psychiater viel mehr als den Staatsanwalt und den Richter, die bei den gewöhnlichen, nicht ganz besonders schweren Verbrechen dem Delinquenten nach einer Erholungskur in der Strafanstalt wieder erlauben, mit seinen Heldentaten fortzufahren.

β) Schweizerische Strafgesetze.

In der Schweiz hat die Begutachtung in manchen Dingen etwas andere Formen anzunehmen, nicht nur, weil der Wortlaut der Gesetze ein anderer ist, sondern auch wegen der anderen Stellungnahme der Justizbeamten. Man scheut sich hier viel mehr, auch da nach dem Buchstaben des Gesetzes zu verfahren, wo bloß deswegen, weil die Unzulänglichkeit der menschlichen Sprache dem Gesetzgeber unmöglich macht, alles das ein- und auszuschließen, was er beabsichtigt, Recht Unrecht, Sinn Unsinn wird (Straflosigkeit der Beihilfe bei einem schweren Verbrechen eines Geisteskranken; Entwendung von Elektrizität kein Diebstahl, weil Elektrizität keine „Sache" in einem bestimmten naturphilosophischen Sinne ist); man läßt die Tatsachen und die praktischen Bedürfnisse der Allgemeinheit viel mehr zu Wort kommen. Die Frage, was im gegebenen Falle am besten mit dem Delinquenten geschehe, kann neben der, welcher Paragraph nun nach seinem Wortlaut auf ihn anzuwenden sei, implizite oder explizite gestellt werden. Im zürcherischen Strafgesetz gibt es z. B. keine verminderte Zurechnungsfähigkeit[1]); nichtsdestoweniger fragt uns der Untersuchungsrichter sehr häufig, ob eine solche vorliege, und die Antwort kann ihm, wie dem Strafrichter, wichtige Fingerzeige geben; die zu treffenden Maßregeln mit dem Wortlaut des Gesetzes in Einklang zu bringen, ist seine Sache. Daß unter diesen Umständen eine viel eingehendere Untersuchung und Berücksichtigung aller Umstände nötig ist, als zu einer bloß formellen Erledigung, ist selbstverständlich.

Im Kanton Zürich wird die Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen,

wenn die Fähigkeit der Selbstbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat notwendige Urteilskraft fehlt (§ 44).

Der Sinn des Ausdrucks „Fähigkeit der Selbstbestimmung" ist natürlich wieder der nämliche wie der, den der deutsche Experte in die „freie Willensbestimmung" legen muß: Die normale Fähigkeit, nach normalen Motiven zu

[1]) Geistige Schwächen, die nicht Unzurechnungsfähigkeit bedingen, fallen als mildernde Umstände in Betracht.

handeln. Wer auf Grund von Wahnideen oder von Verwirrtheit handelt, wer nicht fähig ist, seine Affekte einigermaßen zu beherrschen, dem fehlt die Fähigkeit der Selbstbestimmung. Die eigentlichen Geisteskrankheiten, die vorübergehenden „Bewußtseinsstörungen", die Oligophrenien erheblichen Grades fallen alle unter den Begriff. Nur die akute Alkoholvergiftung wird, wenn sie sich nicht als pathologischer Rausch charakterisiert, auch hier ausgeschlossen, ja, man ist noch weniger als in Deutschland geneigt, sinnlose Trunkenheit als strafausschließend und etwas weniger sinnlose als strafmildernd zu betrachten.

„Die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat notwendige Urteilskraft" ist auch ein selbstverständlicher Begriff; zu beachten ist nur, daß nicht die wirkliche Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat gefordert wird, sondern nur die Fähigkeit, dieselbe einzusehen; jeder Bürger ist verpflichtet, eine solche Fähigkeit soweit anzuwenden, daß er die Gesellschaft nicht schädigt. Wenn er sich die entsprechende Kenntnis nicht erwirbt, so tut er das auf seine Gefahr. Natürlich darf man hier in seinen Forderungen nicht zu streng sein. Es muß einer schon ein schwerer Idiot sein, wenn er nachträglich in der Untersuchung nicht merkt, daß seine Handlung bestraft wird; es handelt sich also nicht darum, daß er in der Irrenanstalt so viel lernen könne, sondern, ob er fähig sei, unter den Umständen, in denen er lebte, die nötigen Kenntnisse zu erwerben, ob er von der sozialen und sittlichen Tragweite der Handlung so viel verstehen könne, um zu wissen, „daß man nicht darf" (vgl. Ibsens Nora). Die Bestimmung ist also eine sehr relative; der nämliche Patient kann für eine Brandstiftung zurechnungsfähig sein, aber unzurechnungsfähig für eine bestimmte Art des Betruges, weil er die Beziehungen des letzteren Verbrechens zum Strafgesetz nicht erfassen konnte.

Die Auffassung der moralischen Idiotie ist in der Schweiz nirgends festgelegt wie in Deutschland. Man ließ und läßt sie noch jetzt an vielen Orten als Strafausschließungsgrund gelten. Das hat natürlich den enormen Vorteil, daß man die Leute definitiv unschädlich machen kann durch Einsperrung in die Irrenanstalt. Auch theoretisch läßt sich die Sache leicht begründen, wenn man sich nicht auf den naturwissenschaftlich unhaltbaren Standpunkt stellt, daß angeborener Mangel moralischer Gefühle zum Unterschied vom angeborenen Mangel intellektueller Fähigkeiten nichts Krankhaftes, sondern etwas quasi von seinem Träger Gewolltes sei. Man weiß ja, daß die Mehrzahl der übrigen Verbrecher im gleichen Sinne auch krankhaft angelegt ist; aber wenn die moralischen Gefühle nur geschwächt sind, nicht aber ganz fehlen, so kann man — mit wie viel Recht ist gleichgültig — voraussetzen, daß der Defekte unter gewissen äußeren Umständen, namentlich auch wenn er sich entsprechend zusammennimmt, verbrecherische Handlungen vermeiden könnte. Bei totaler moralischer Idiotie ist das natürlich unmöglich: ein solcher Patient muß zum Verbrecher werden unter den besten äußeren Umständen und auch dann, wenn er z. B. aus Vernunftgründen lieber recht tun möchte, um unangenehme Konsequenzen zu vermeiden.

Diese Auffassung haben die Richter leicht angenommen und alles konnte zufrieden sein — mit Ausnahme der Begutachter, die nachher die unangenehmsten Verbrecher in ihren Anstalten zu verpflegen hatten. Eine Anpassung der Anstalten an solche Bedürfnisse hat aber nicht stattgefunden, und so wären die Zustände unhaltbar geworden, wenn nicht die Justizbehörden von ihrer Konsequenz im Laufe der Jahre abgegangen wären, indem sie auch solchen dauernd gemeingefährlichen Leuten nach längerem Querulieren die Freiheit wieder geben, mit der Nebenwirkung natürlich, daß der ganze Nutzen

der Krankerklärung illusorisch geworden ist. Namentlich nach Entweichungen hat man viel zu selten die Energie, die Kranken, die äußerlich so „vernünftig" schienen wie die Leute, die sie hätten in die Anstalt bringen sollen, wieder zu internieren. Ich habe mich deshalb in der letzten Zeit auf den Standpunkt gestellt, die richtige Auffassung sei zwar die frühere, da aber sowohl die Einrichtungen der Irrenanstalt als die Justiz den Konsequenzen nicht gewachsen seien, könne man bis auf weiteres nicht anders, als die Kranken für zurechnungsfähig erklären — und die Behörden haben das begriffen.

Ähnliche Schwierigkeiten bieten die chronischen Alkoholiker, derentwegen in der Schweiz vielleicht die Zurechnungsfrage eher gestellt wird als in Deutschland. Im großen und ganzen sind sie natürlich der Konsequenzen wegen als zurechnungsfähig zu erklären, ebensowohl wie die akuten Alkoholiker, obgleich sie es mit ihrer krankhaften Affektivität gar nicht mehr sind als leicht Manische oder beginnende Paralytiker. Dann und wann ist aber denn doch der Defekt zu groß, als daß man diese Auffassung vor seinem Gewissen verantworten könnte, und im Zweifelsfalle wird man auch hier die Erwägung gelten lassen können, ob man die Konsequenzen aus einer Kranksprechung zu ziehen gewillt ist oder nicht; und diese Konsequenzen sind: Vorläufige Internierung in der Irrenanstalt und eventuelle Behandlung in einer Trinkerheilstätte. Die gesetzlichen Handhaben lassen sich meistens finden, wenn man will; unter Umständen ist auch der Patient selber mit einer solchen Maßregel einverstanden.

Da, wo nach verminderter Zurechnungsfähigkeit gefragt wird, oder das Gesetz eine solche vorsieht, wird man prüfen, ob die Eigenschaften, die Unzurechnungsfähigkeit bedingen, nicht in einem verminderten, aber doch noch erheblichen Grade vorhanden seien. Wenn ja, ist verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Namentlich dann, wenn die mildernden Umstände die vermeintliche Zurechnungsfähigkeit ersetzen müssen, wird man etwa ausführen, daß die gefundene Unzulänglichkeit der Einsicht, die Inkontinenz der Affektivität eine wesentliche Erschwerung in der Hemmung verbrecherischer Triebe bedeute, und daß es unrichtig wäre, an solche Leute die gleichen Anforderungen zu stellen wie an Gesunde.

Die verschiedenen schweizerischen Bestimmungen über Unzurechnungsfähigkeit.

Bundesstrafrecht. 27. Für die in diesem Gesetzbuche mit Strafe bedrohten Handlungen oder Unterlassungen können diejenigen nicht bestraft werden, welche in einem Zustande, in dem sie ohne ihr Verschulden der Urteilskraft oder der Willensfreiheit beraubt waren, gehandelt haben. Dahin gehören insbesondere Raserei, Wahnsinn und dergleichen.

Eidgenössisches Militärstrafgesetz. Art. 29. Für die in diesem Gesetzbuche mit Strafe bedrohten Handlungen oder Unterlassungen können diejenigen nicht bestraft werden, welche in einem Zustande, in dem sie ohne ihr Verschulden der Urteilskraft oder der Willensfreiheit beraubt waren, gehandelt haben. Dahin gehören insbesondere Raserei, Wahnsinn und dergleichen.

Urteilskraft und Willensfreiheit bedeuten hier das Gleiche, wie die zur Einsicht in die Strafbarkeit der Tat nötige Urteilsfähigkeit und Fähigkeit der Selbstbestimmung. Auch alles andere versteht sich von selbst. „Ohne ihr Verschulden" heißt, daß der gewöhnliche Rausch nicht exkulpiert.

Zürich. 44. Die Strafbarkeit einer Handlung ist ausgeschlossen, wenn die Geistestätigkeit des Handelnden zur Zeit der Begehung der Tat in dem Maße gestört war, daß er die Fähigkeit der Selbstbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderliche Urteilskraft nicht besaß.

Bern. 43. Straflos sind diejenigen, die sich zur Zeit der Tat ohne ihr Verschulden in einem Zustande befanden, in welchem sie sich ihrer Handlung oder der Strafbarkeit derselben nicht bewußt waren (Wahnsinn, Blödsinn usw.), oder die infolge äußeren Zwanges, gefährlicher Drohungen oder aus anderen Gründen der Willensfreiheit beraubt waren.

War das Bewußtsein oder die Willensfreiheit nicht ganz aufgehoben, sondern nur gemindert, so soll statt der (Todes- oder) der lebenslänglichen Zuchthausstrafe Zuchthaus von mindestens einem und höchstens zwanzig Jahren verhängt werden.

Ist die Tat mit andern Strafen bedroht, so kann gemäß den Vorschriften des Art. 31 zu einer geringeren Strafart herabgegangen werden.

Der Ausdruck „ihrer Handlungen oder der Strafbarkeit derselben nicht bewußt" darf natürlich auch hier nicht zu eng genommen werden. Es kommt ja nur ausnahmsweise vor, daß ein Wahnsinniger oder Blödsinniger sich der Handlung selbst nicht bewußt ist, und auch die Strafbarkeit derselben ist ihm in den meisten Fällen bekannt. Man muß also „Handlung" etwa in dem Sinne von „Tragweite und Bedeutung der Handlung" auffassen, um das, was der Gesetzgeber beabsichtigte, den Ausschluß der Strafbarkeit von Wahn- und Blödsinnigen zu erreichen. Der Paranoiker, der seinen vermeintlichen Feind umbringt, ist sich der Handlung und oft auch der Strafbarkeit derselben bewußt, aber nicht ihrer Bedeutung; er hält sie für einen begründeten Akt der Notwehr und schreibt ihr deswegen eine falsche Bedeutung zu. Man wird sich übrigens in den meisten Fällen auf die letzte Bestimmung beziehen können oder müssen: „Aus anderen Gründen der Willensfreiheit beraubt", was das Nämliche sagen will wie im zürcherischen Gesetz Fehlen der „Fähigkeit der Selbstbestimmung".

In den drei letzten Absätzen werden Zwischenfälle im Sinne der mildernden Umstände behandelt.

Luzern. 45. Die Strafbarkeit einer an sich verbrecherischen Handlung setzt Vernunft und Willensfreiheit des Täters zur Zeit ihrer Verübung voraus.

48. Denjenigen, welche eine Handlung begangen haben in einem Zustande, wo sie des Gebrauchs ihrer Vernunft nicht mächtig waren, kann diese Tat nicht zugerechnet werden. Dahin gehören:

1. Rasende, Wahnsinnige und überhaupt solche Personen, die zur Zeit, als die gesetzwidrige Tat von ihnen verübt wurde, des Gebrauchs ihres Verstandes beraubt waren;
2. solche, die aus Blödsinn völlig außer Stand waren, die Folgen ihrer Handlungen richtig zu beurteilen oder deren Strafbarkeit einzusehen;
3. diejenigen, welche die Tat vollbracht haben in einer unverschuldeten Verwirrung der Sinne oder des Verstandes, worin sie sich ihrer Handlung oder deren Strafbarkeit nicht bewußt waren; dahin gehört auch eine erwiesen unverschuldete, volle Berauschung oder Trunkenheit.

. . . . . .

49. Wenn aus allen Umständen klar und unzweifelhaft hervorgeht, daß zwar die Vernunfttätigkeit nicht ganz ausgeschlossen, jedoch in sehr hohem Grade wesentlich gestört und gemindert ist, so kann auf eine geringere als die gesetzliche Strafe erkannt, und zwar kann im Verhältnis des Grades der erwiesenen Störung der Zurechnungsfähigkeit die Strafe bis auf einen Vierteil gemildert werden.

Uri hat kein eigenes Strafrecht.

Schwyz. 31. Kriminalstrafen können daher nicht verhängt werden gegen solche:

a) deren mangelhafte Entwicklung jede reifere Einsicht ausschließt;
b) welche eine Handlung in einem Zustande begangen, wo sie durch Gemütskrankheit, Verrücktheit, Blödsinn oder unverschuldete Sinnesstörung beherrscht waren;
c) deren Verfahren, wenn es auch wegen seines Ausgangs den Schein eines Verbrechens hat, bloß dem Mangel an Einsicht, Vorsicht oder Besonnenheit zur Last fällt, so daß der Ausgang erweislich zuwider dem auf anderes gerichteten Willen des Schuldigen eingetreten ist.

33. Wenn aus den Umständen hervorgeht, daß bei einer strafbaren Handlung die Vernunfttätigkeit nicht ausgeschlossen, wohl aber in hohem Grade gestört oder gemindert

war, oder wenn der eingetretene Erfolg einer solchen Handlung oder Unterlassung von dem Täter als möglich vorausgesehen wurde, so soll auf eine Kriminalstrafe erkannt werden; es hat aber der Richter bei Ausfällung der Strafe den verminderten Grad der Zurechnung in Berücksichtigung zu ziehen.

Obwalden. 34. Nicht zurechnungsfähig sind:

. . . . . .

2. Diejenigen, welche des Gebrauchs der Vernunft beraubt sind, so namentlich Wahnsinnige, Rasende, Verrückte, völlig Blödsinnige, sowie solche, welche sich im Augenblicke der Tat in einem Zustande vorübergehender gänzlicher und unverschuldeter Bewußtlosigkeit oder Verwirrung der Sinne oder des Verstandes befunden haben.

. . . . . .

4. Wenn aus allen Umständen klar und unzweifelhaft hervorgeht, daß zwar die Vernunfttätigkeit nicht ganz ausgeschlossen, jedoch in sehr hohem Grade wesentlich gestört und gemindert ist, so kann auf eine geringere als die gesetzliche Strafe erkannt und im Verhältnisse des Grades der erwiesenen Störung der Zurechnungsfähigkeit die Strafe bis auf einen Vierteil gemildert werden.

28. Die Strafbarkeit des Verbrechers mildert sich:

. . . . . .

3. Wenn der Verbrecher sich noch im Alter unter 18 Jahren befindet oder dessen Zurechnungsfähigkeit durch Blödsinn oder unverschuldete Verdunkelung des Bewußtseins zwar nicht aufgehoben, aber erheblich vermindert ist, in welchem Falle eine mildere Strafe, als die im Gesetze vorgesehene, oder eine solche auf kürzere Zeit erkannt werden kann.

Nidwalden hat kein eigenes Strafrecht.

Glarus. 28. Nicht zurechnungsfähig sind ferner:

a) Diejenigen, welche wegen Geisteszerrüttung oder Blödsinn die zur Erkenntnis der Strafbarkeit ihrer Tat erforderliche Urteilskraft nicht besitzen, sowie solche, die im Augenblick der Tat ohne ihr Verschulden in einem vorübergehenden Zustande der Bewußtlosigkeit oder einer gänzlichen Verwirrung der Sinne oder des Verstandes sich befanden.

. . . . . .

29. Wenn die Geisteskräfte, durch deren Gesundheit die Zurechnung bedingt ist, zwar nicht aufgehoben, aber doch krankhaft getrübt und geschwächt sind, so schließen solche Zustände zwar die Strafbarkeit nicht aus, jedoch sind sie bei Zumessung der Strafe in der Weise zu berücksichtigen, daß der Richter auch unter das festgesetzte Minimum herabgehen oder zu einer anderen Strafart übergehen kann.

Zug. 26. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn dem Täter zur Zeit der Begehung der Tat die freie Willensbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit nötige Urteilskraft fehlte.

Nicht völlig aufgehobene, aber doch krankhaft getrübte und geschwächte Geisteskräfte schließen zwar die Strafbarkeit nicht aus, sind jedoch bei Zumessung der Strafe insoweit zu berücksichtigen, daß der Richter auch unter das festgesetzte Minimum herabgehen oder zu einer milderen Strafart übergehen kann.

Freiburg. 56. Ne sont passibles d'aucune peine:

a) Ceux qui, au moment de l'action, étaient en état de démence ou atteints d'une maladie ou d'une infirmité qui les mettait hors d'état d'en apprécier les conséquences et la moralité.

. . . . . .

57. Le crime commis en état d'ivresse est imputable à son auteur. Le juge peut néanmoins avoir égard aux circonstances de fait et puiser dans l'ivresse un motif d'atténuation de la peine.

65. Si le coupable est sourd-muet de naissance ou dès son enfance, il sera décidé s'il a agi avec ou sans discernement.

S'il a agi sans discernement, il sera acquitté, mais les dispositions de l'article 61 lui seront applicables.

S'il a agi avec discernement, on lui appliquera les prescriptions de l'art. 62 ci-dessus.

Solothurn. 37. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Der Zustand der Betrunkenheit wird nicht als Strafausschließungsgrund betrachtet.

Baselstadt. 30. Ein Verbrechen ist nicht vorhanden, wenn dem Täter zur Zeit der Begehung der Handlung die freie Willensbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Handlung nötige Urteilskraft fehlte.

„Freie Willensbestimmung" s. S. 456.

Die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Handlung nötige Urteilskraft s. S. 457.

Baselland. 30. Ein Verbrechen ist nicht vorhanden, wenn dem Täter zur Zeit der Begehung der Handlung die freie Willensbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Handlung nötige Urteilskraft fehlte.

Schaffhausen. 34. Die Zurechnung ist ausgeschlossen durch jeden Zustand, in welchem der Täter ohne sein Verschulden der Urteilskraft oder der Willensfreiheit beraubt war.

37. Desgleichen findet die Zurechnung nicht statt bei Personen, welche sich im Zustande des Wahnsinns, der Raserei oder einer — wenn auch vorübergehenden — unverschuldeten gänzlichen Sinnenverwirrung befinden, oder mit Krankheit oder Leibesgebrechen behaftet, und dadurch außer Stand gesetzt sind, die Folgen der Strafbarkeit ihrer Handlung einzusehen und richtig zu beurteilen.

Appenzell A.-Rh. 36. Die Strafbarkeit einer Handlung ist ausgeschlossen, wenn bei ihrer Begehung der Handelnde entweder durch Geisteszerrüttung oder Blödsinn der zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderlichen Urteilskraft beraubt war, oder sich ohne sein Verschulden in einem vorübergehenden Zustande der Bewußtlosigkeit oder einer gänzlichen Verwirrung der Sinne oder des Verstandes befunden hat.

41. Wenn die Geisteskräfte, durch deren Gesundheit die Zurechnung bedingt ist, zwar nicht aufgehoben, aber doch krankhaft getrübt und geschwächt sind, z. B. infolge von körperlichen Krankheiten, welche eine Störung des Gleichgewichtes der Seelenkräfte des Verbrechers entwickelt haben usw., so tilgen solche Zustände zwar die Strafbarkeit nicht, aber sie sind bei Zumessung der Strafe zu berücksichtigen und als wesentliche Milderungsgründe zu beachten.

Appenzell I.-Rh. 25. Die Strafbarkeit einer Handlung ist ausgeschlossen, wenn die Geistestätigkeit des Handelnden zur Zeit der Begehung der Tat in dem Maße gestört war, daß er die Fähigkeit der Selbstbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderliche Urteilskraft nicht besaß.

Hat jedoch der Täter eine solche Störung seiner Geistestätigkeit durch Berauschung oder andere Mittel absichtlich selbst herbeigeführt, um in diesem Zustande die Tat zu begehen, so ist auf volle Zurechnung zu erkennen.

Hat der Täter die Störung seiner Geistestätigkeit selbst verschuldet, aber nicht in der Absicht, darin die strafbare Handlung zu begehen, herbeigeführt, so findet teilweise Zurechnung statt.

26. Im Sinne von Art. 25 nicht ganz aufgehobene, aber doch getrübte und geschwächte Geisteskräfte heben zwar die Strafe nicht auf, sind jedoch bei der Strafzumessung zu berücksichtigen, so daß der Richter unter das Minimum der angedrohten Strafe herabgehen oder eine mildere Strafart anwenden kann.

St. Gallen. 23. Wenn zur Zeit der Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung die Geistestätigkeit des Handelnden in dem Maße gestört war, daß er die Fähigkeit der Selbstbestimmung oder die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderliche Urteilskraft nicht besaß, so ist die Strafbarkeit der Handlung ausgeschlossen, ausgenommen in denjenigen Fällen, in welchen der Handelnde

1. eine solche Störung seiner Geistestätigkeit durch Berauschung oder durch andere Mittel absichtlich selbst herbeigeführt hat, um in diesem Zustande die Handlung zu verüben; — oder
2. in diesen Zustand, zwar ohne solche Absicht, aber durch selbstverschuldete Trunkenheit geraten ist.

Im ersten Falle ist auf volle, im zweiten je nach Umständen auf volle oder teilweise Zurechnung zu erkennen.

40. Unter das für die strafbare Handlung angedrohte Strafmaß hinab oder auf eine leichtere Strafart kann erkannt werden:

a) wenn die in den Art. 23, 25, 26 vorgesehenen Zustände, welche, sofern sie vollkommen vorlägen, auch jede Zurechnung vollständig aufheben würden, zwar in geringerem, aber doch bedeutendem Grade vorhanden sind.

. . . . . .

Graubünden. 45. Wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit finden die Strafgesetze nicht Anwendung:

. . . . . .

2. Gegen diejenigen, welche in einem Zustande, wo sie des Gebrauchs der Vernunft beraubt waren, eine vom Gesetz mit Strafe bedrohte Tat verübt haben. Daher findet namentlich keine Zurechnung und Strafanwendung statt: gegen Wahnsinnige, Rasende, Verrückte, völlig Blödsinnige und solche, welche sich im Augenblicke der Tat in einem Zustande vorübergehender gänzlicher und unverschuldeter Bewußtlosigkeit oder Verwirrung der Sinne oder des Verstandes befanden.

. . . . . .

50. In Ansehung der Rechtswidrigkeit des Willens mindert sich die Strafbarkeit des Täters:

1. wenn der Täter wegen jugendlichen, immerhin aber nach § 45 zurechnungsfähigen Alters, oder wegen geistiger Altersschwäche außer Fall war, den Grad der Strafbarkeit des verübten Verbrechens ganz zu ermessen und zu beurteilen;
2. wenn sich derselbe im Augenblicke der Tat, ohne vorherige Beabsichtigung eines Verbrechens, in einem solchen Zustande der Berauschung oder Sinnesverwirrung befand, welcher ihn in dem freien Gebrauch seiner Vernunft beschränkte;
3. wenn er die Tat in einer aus gerechter Ursache entstandenen heftigen Gemütsbewegung begangen hat.

. . . . . .

In allen diesen Fällen muß es dem richterlichen Ermessen zu beurteilen überlassen bleiben, ob und wie fern durch einen oder andern oder das Zusammentreffen mehrerer dieser Umstände eine größere oder geringere Strafmilderung oder sogar auch, ausnahmsweise, gänzliche Straflosigkeit bewirkt werden könne.

Aargau. 45. Ein Verbrechen setzt den freien Willen des Täters voraus. Der freie Wille wird als Regel angesehen.

Als nicht vorhanden wird derselbe angenommen:

a) bei Personen, welche das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht zurückgelegt haben, insofern sie nicht einen besonders entwickelten Verstand und einen hohen Grad von bösem Willen verraten;
b) bei denjenigen, deren Geisteskräfte nicht soweit entwickelt sind, daß sie die Folgen und die Strafbarkeit einer Handlung einsehen können;
c) bei Personen, welche durch Geisteskrankheit des Gebrauches der Vernunft gänzlich beraubt sind;
d) bei zeitweise Verrückten während der Verrücktheit;
e) bei einer unverschuldeten Verwirrung der Sinne oder des Verstandes, in welcher der Täter seiner Handlung oder ihrer Strafbarkeit nicht bewußt war.

. . . . . .

Thurgau. 22. Die Zurechnung wird ferner ausgeschlossen durch jeden Zustand, in welchem beim Handelnden das Bewußtsein der Strafbarkeit der Handlung oder die Fähigkeit der Selbstbestimmung fehlte.

42. Auf eine mildere als die gesetzlich gedrohte Strafe ist auch dann zu erkennen, wenn diejenigen Zustände, welche, in vollem Grade vorhanden, alle Zurechnung ausschließen, in einem geringern Grade vorwalteten.

Tessin. 46. Non è imputabile di crimine o delitto colui, che nel momento in cui commise il fatto

a) si trovava in tale stato di non avere la coscienza dei suoi atti.

. . . . . .

47. Se le cause indicate nell'articolo precedente sotto a e b, non hanno del tutto esclusa l'imputabilità del reo, il giudice è autorizzato a discendere nell'applicazione della pena da uno a tre gradi, secondo che l'imputabilità fu più o meno scemata.

48.

1. Lo stato di piena ubbriachezza esclude il dolo, non la colpa.
2. Il crimine o delitto commesso in istato di ubbriachezza non piena, che avesse scemata, non tolta, la coscienza dei suoi atti nell'agente, è punito come doloso, ma in questo caso la pena si diminuisce d'un grado. Tale diminuzione non ha luogo, quando l'ubbriachezza sia stata procurato col fine di commettere il crimine o delitto.
3. Lo stato però di piena ubbriachezza, involontaria od accidentale, esclude anche la colpa.

Waadt. 51. L'auteur ou le complice d'un délit n'est passible d'aucune peine si, au moment de l'exécution du délit, il se trouve dans l'un des cas suivants:

1. S'il est âgé de moins de quatorze ans;
2. Si, étant âgé de quatorze ans ou plus, mais n'ayant pas encore dix-huit ans accomplis, il est reconnu avoir agi sans discernement;
3. S'il est dans un état de démence, ou s'il est atteint d'une maladie ou d'une infirmité qui le mette hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions.

. . . . . .

„Démence" ist nicht im modern-psychiatrischen Sinne zu verstehen, sondern schließt die meisten Geisteskrankheiten mit stärkerer Störung der Überlegungskraft in sich. Übrigens ist diese Bestimmung nicht wichtig, denn alle Geisteskrankheiten, die Unzurechnungsfähigkeit bedingen, setzen ihren Träger „hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions". Die letztere Bestimmung umfaßt in recht geschickter Weise alle in Betracht kommenden Zustände, ist sehr klar und bedarf kaum ausführlicher Erläuterung. Nur ist zu bemerken, daß das „et" nicht sagen will, daß in jedem Falle beide Defekte, die Unfähigkeit, die Konsequenzen der Handlungen abzuwägen und diejenige, ihre moralische Bedeutung zu erkennen, vorhanden sein müssen, um Straflosigkeit herbeizuführen. Einer der beiden Defekte genügt und das „et" hätte sich wohl durch ein „ou" ersetzen lassen. Les „conséquences" d'une action will natürlich die ganze Tragweite der Handlung bezeichnen, unter Umständen sogar die Motive (verfolgter Paranoiker), die Fähigkeit der „appréciation de la moralité" ist gleichwertig der Fähigkeit, die Handlung als ein Verbrechen zu erkennen.

Wallis. 85. Il n'y a pas infraction, lorsque le prévenu était, au temps de l'action, privé complètement de l'usage de la raison, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

86. Lorsque l'altération des facultés intellectuelles du prévenu, ou la contrainte n'ont pas atteint le degré voulu pour que l'action ne fût pas imputable, les tribunaux pourront, suivant les circonstances, lui appliquer une peine inférieure à celle que la loi attache à l'infraction, ou ordonner qu'il soit remis à l'autorité municipale avec injonction de veiller sur sa conduite.

87. Les actes commis en état de somnambulisme ne sont pas punissables.

88. Il en est de même des actes commis en état d'ivresse complète et involontaire.

L'ivresse, même complète, n'est pas une cause de justification, lorsque l'auteur du fait s'est mis dans cet état dans l'intention directe de commettre un délit.

93. Si le délinquent est sourd-muet de naissance, ou dès son enfance, et s'il ne sait pas lire et écrire, il sera posé la question préalable s'il a agi avec ou sans discernement.

S'il a agi sans discernement, la disposition de l'article 90 lui est applicable.

S'il est reconnu avoir agi avec discernement, il sera soumis, quel que soit son âge, aux peines infligées aux mineurs qui ont plus de 14 ans et moins de 18.

Si le sourd-muet, qui a commis une infraction, sait lire et écrire, on réduira de moitie la peine qui aurait dû être prononcée sans cette infirmité.

Neuenburg. 70. Il n'y a pas délit lorsque l'auteur était en état de démence, ou qu'il était, sans sa faute, en état d'irresponsabilité intellectuelle au moment de l'action.

Lorsque la responsabilité intellectuelle est seulement diminuée, il en sera tenu compte dans l'appréciation de l'intention délictueuse et dans l'application de la peine. L'emprisonnement pourra même être substituée à la réclusion.

„Démence" meint hier jede Geisteskrankheit erheblichen Grades.

Genf. 52. Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état d'aliénation mentale au moment où le fait incriminé a eu lieu ou s'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

. . . . . .

Der Paragraph ist interessant als die einfachste Fassung der Definition der Unzurechnungsfähigkeit. Selbstverständlich muß die „Aliénation mentale", die Geisteskrankheit oder Verwirrung, einen erheblichen Grad erreicht haben, so daß die Bestimmung ganz gleichbedeutend ist mit der anderer Gesetze, die die Willensfreiheit oder die Fähigkeit der Selbstbestimmung u. ä. als Kriterium hinstellen.

γ) Kinder und Jugendliche.

Deutschland. Kinder unter zwölf Jahren können vom deutschen Strafgesetz nicht verfolgt werden. Für die Jugendlichen enthält der § 56 folgende Bestimmungen:

Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Jahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

Auf Grund dieses Paragraphen kann unter Umständen dem Arzt die Frage gestellt werden, ob ein Delinquent die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat nötige Einsicht besitze. Da allein auf dieses Merkmal abgestellt wird, ist man nicht so gut daran wie beim Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen des zürcherischen Strafgesetzes, der neben der zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderlichen Urteilskraft in der Fähigkeit der Selbstbestimmung ein zweites oft benutztes Kriterium gibt, und man wird unter Umständen froh sein über die Binetschen Tests, die erlauben, einen Debilen mit einem Kinde in einem bestimmten Alter zu vergleichen. Erweist sich der Delinquent bei Erwägung aller Umstände auf der Stufe eines Kindes unter 13 Jahren, so gibt das immerhin einen gewissen Anhaltspunkt für die Entscheidung; aber auch nur einen Anhaltspunkt; denn man kann in psychologischen Untersuchungen sich niemals nur auf die Konstatierung des einzelnen Merkmals beschränken, sondern muß unter allen Umständen den ganzen Menschen kennen und in Betracht ziehen, da die Bedeutung der einzelnen Eigentümlichkeiten nur so verstanden werden kann. — Übrigens ist jetzt wohl allgemein anerkannt, daß die einseitige Heraushebung des Intelligenzdefektes ein Mißgriff war.

Jugendliche werden leichter bestraft als voll Strafmündige.

Schweiz. In den meisten Kantonen sind besondere Bestimmungen für Jugendliche, deren obere und untere Altersgrenze indessen verschieden normiert wird. Die Strafe wird jeweilen vermindert oder in eine Erziehungsmaßregel verwandelt u. dgl. Meistens muß oder sollte die Zurechnungsfrage gestellt werden, wobei drei Gruppen von Normen aufgestellt sind: Zürich (§ 45), Glarus (§ 27), Zug (§ 26) machen eine Grenze je nach dem Vorhandensein oder Fehlen der „zur Unterscheidung der Strafbarkeit ihrer Handlungen erforderlichen geistigen Ausbildung". Letzterer Ausdruck meint Entwicklung plus Erziehung. Rücksicht auf den momentanen Zustand zur Zeit der Tat nimmt diese Bestimmung nicht. Dabei kommen die Paragraphen über Zurechnungsfähigkeit überhaupt und über mildernde Umstände, resp. verminderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht. Bern (§ 45), Luzern (§ 50), Freiburg (§ 61), Appenzell-Außerrhoden (§ 37), Wallis (§ 90), Tessin (§ 50), Neuenburg (§ 78), Genf (§ 49) fragen nach der „Unterscheidungskraft", „Unterscheidung von Recht und Unrecht", „discernement", „discernimento". Baselstadt (§ 32) und Baselland (§ 32), Solothurn (§ 42) und Schaffhausen (§ 35) nehmen die „zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht" als Kriterium. Eine besondere Vorschrift hat Appenzell-Innerrhoden (Art. 27):

Jugendliche Personen, die im Augenblick der Tat das 13., nicht aber das 16. Altersjahr zurückgelegt haben, sind vom Richter auf den Stand ihrer sittlichen und geistigen Reife zu prüfen. War die erforderliche Einsicht und Charakterausbildung vorhanden, so erkennt das Gericht auf Verweis oder auf Unterbringung in einer Besserungsanstalt; andernfalls wird der Täter gemäß den Vorschriften von Satz 1 dieses Artikels behandelt. (Satz 1 betrifft Kinder unter 13 Jahren, die nicht bestraft, sondern höchstens versorgt werden können.)

Aargau fällt ganz aus dem Rahmen der übrigen heraus, indem es (§ 45a) das strafmündige Alter auf das zurückgelegte fünfzehnte Jahr hinaufsetzt aber doch freien Willen, resp. Zurechnungsfähigkeit unter dieser Grenze annimmt, wenn der Täter „einen besonders entwickelten Verstand und einen hohen Grad von bösem Willen verrät". § 45b — Unterscheidungszeichen der Einsicht in die Folge und die Strafbarkeit einer Handlung — betrifft Erwachsene wie Jugendliche.

b) Aus den Strafprozeßordnungen.

Untersuchung des Angeschuldigten. Ist ein Angeschuldigter der Geisteskrankheit verdächtig, so wird er daraufhin untersucht, ob sich der Verdacht bestätigt. Das kann zu Hause oder im Untersuchungsgefängnis geschehen, wenn es sich um einfache Fälle handelt. Meistens aber ist es zweckmäßig, die Untersuchung in einer Irrenanstalt vorzunehmen. In Deutschland ist nach § 81 StPO. dazu ein Antrag eines Sachverständigen und ein Gerichtsbeschluß nötig; die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen, eine Zeit, die meistens genügt, wenn nicht Aktenergänzungen u. dgl. den Gang der Untersuchung verzögern. In der Schweiz kann meistens der Untersuchungsrichter eventuell der Staatsanwalt die Einweisung in die Anstalt verfügen und die Dauer ist nicht begrenzt. Natürlich kann auch noch ein Gericht, wenn ihm Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit auftauchen, die Untersuchung und damit die Einweisung anordnen.

Nicht so selten wird man auch nach der **Verhandlungsfähigkeit** gefragt. Es kann nun vorkommen, daß ein Kranker sich nicht so benehmen kann, wie es vor Gericht nötig ist; für andere, z. B. heilbare Melancholiker, ist eine Gerichtsverhandlung eine den Verlauf der Krankheit gefährdende Sache, unter allen Umständen eine Grausamkeit. Im übrigen wird man, wenn immer möglich, den Kranken als verhandlungsfähig erklären, da in den Fällen, wo die Frage gestellt wird, gewöhnlich ohne sein Beisein nicht verhandelt werden kann, und man zu keinem Abschluß kommt. Ist die Geisteskrankheit im Vorverfahren rechtzeitig erkannt worden, so kommt es meist nicht zur Verhandlung, weil die Untersuchung einfach sistiert wird. Das kann für den Kranken unangenehm oder geradezu verhängnisvoll sein, wenn seine Täterschaft erst durch die Verhandlungen festgestellt werden sollte. Es bleibt dann ein Makel an ihm hängen, unter Umständen ohne daß er schuldig ist, und dieser Makel kann auch die Folge haben, daß es nachher viel schwerer ist, ihn aus der Anstalt herauszubekommen.

Erkrankt ein Angeklagter nach der Tat, so kommt auch die **Straffähigkeit** in Betracht. Sie deckt sich theoretisch gewöhnlich mit der Annahme der (geistigen) Gesundheit, denn ein Geisteskranker ist auf dem europäischen Kontinent nicht straffähig. Doch nimmt das die Praxis nirgends allzugenau. In allen Strafanstalten finden sich Geisteskranke, und es gibt Fälle, wo man bei dem Mangel geeigneterer Einrichtungen das geradezu als das beste Auskunftsmittel ansehen kann. Wird ein im Strafvollzug Erkrankter geheilt, so muß er nach der Genesung den Rest der Strafe absitzen. In vielen Ländern wird dann die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit wie bei körperlichen Krankheiten, die im Spital behandelt werden müssen, an der Strafdauer abgezogen, in anderen nicht, so in Preußen. Kann aber der Kranke im Lazarett der Strafanstalt behandelt werden, oder hat diese eine Irrenabteilung, so unterbricht der Aufenthalt daselbst die Strafe nicht.

Kann man die Unheilbarkeit feststellen, so scheidet der Kranke überall aus dem Strafvollzug aus. Man muß aber dabei recht vorsichtig sein, denn gerade Gefängnispsychosen erscheinen oft schwerer, als sie in Wirklichkeit sind.

Leute, die nach der Begehung einer Straftat erkranken, werden „geisteskranke Verbrecher" genannt. Wer in der Geisteskrankheit ein Verbrechen begangen hat, gilt als „verbrecherischer Geisteskranker". Der Unterschied hat natürlich gegenüber manchen Bestimmungen eine gewisse Bedeutung; materiell aber ist er nicht so groß; z. B. halte ich es mit andern für ganz ungerechtfertigt, nach diesem Prinzip die Kranken den Irrenanstalten oder den Verwahrungshäusern zuzuteilen. In bezug auf Benehmen und Gefährlichkeit unterscheiden sich die beiden Klassen, als Ganzes genommen, kaum, und in Wirklichkeit wird die Unterscheidung oft bloß durch den Zufall diktiert, ob eine längst bestehende Anomalie vor oder nach dem Verbrechen konstatiert worden ist.

Die Zeugnisfähigkeit Geisteskranker ist in Deutschland nur insofern reguliert, als nach § 56 StPO.

> unbeeidigt zu vernehmen sind: 1. Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet oder wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben.

Mangelnde Verstandesreife bezeichnet wohl die Oligophrenien, Verstandesschwäche erworbene Geistesschwäche, aber gewiß auch eigentliche Geisteskrankheiten; ich kann mir wenigstens nicht denken, daß ein schwerer Halluzinant, den man nicht als geistesschwach im gewöhnlichen Sinne bezeichnen kann, der aber die Bedeutung des Eides nicht zu würdigen weiß, beeidigt werden könnte. Aber es handelt sich in allen diesen Fällen nur um die genügende Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides, sonst um nichts, also nur um die Eidesfähigkeit, nicht um die Zeugnisfähigkeit, d. h. nicht um die Fähigkeit, Erlebnisse von Phantasien zu unterscheiden und richtig wiederzugeben. Ein Geisteskranker, der offensichtlich seine Wahnideen als Tatsachen vorbringt, kann somit eidesfähig sein. Die Würdigung seiner Aussage ist Sache des Richters.

In der Schweiz spielt der Eid nicht diese große Rolle; an manchen Orten ist er schon längst abgeschafft. Das Materielle tritt überhaupt neben dem Formellen stärker in den Vordergrund. Deshalb, und gewiß auch, weil viele Laien im Richteramt sitzen, denen die richtige Würdigung der Zeugenaussagen mehr Schwierigkeiten machen muß, kommt es nicht so selten vor, daß wir über die Zeugnisfähigkeit gefragt werden. Die Antwort ist nicht immer eine leichte, obschon wir bei unseren Untersuchungen von Vorkommnissen auf den Abteilungen mit Benutzung der Krankenaussagen den Tatbestand gewiß eben so oft und mit ebenso viel Wahrheitswert herauszukriegen gewohnt sind, wie der Richter durch sein Zeugenverhör. Aber wir ziehen nicht so ernste Konsequenzen und können uns deshalb leichter beruhigen. Ein gerichtliches Zeugnis ist eine viel wichtigere Sache und fußt zugleich auf einer so andern Technik und auf so andern Voraussetzungen, daß die beiden Dinge wohl auseinander zu halten sind. Im Bewußtsein gestörte Geisteskranke sind natürlich niemals Zeugen im Sinne der Strafprozeßordnungen. Aber auch bei den Zeugnissen von Imbezillen und Kindern muß man sehr vorsichtig sein; gewiß sind auf solche Aussagen hin nicht so selten Justizirrtümer begangen worden. Anderseits können Geisteskranke auch die Wahrheit sagen und

zwar unter Umständen in ausgezeichnet objektiver Weise. Bei genauer Kenntnis der Psyche des Patienten und der äußeren Umstände zur Zeit der Tat und zur Zeit der Aussage kann man mit psychologischen Kritérien häufig den Wert der Aussage feststellen. Obgleich nun jeder Richter psychische Kriterien mehr oder weniger instinktiv beständig benutzen wird, sind sie etwas zu Subjektives und zu wenig Demonstrierbares, als daß man ein Gutachten über Zeugnisfähigkeit in schwierigen Fällen allein darauf stützen möchte. Ferner sind falsche Aussagen auch bei im ganzen objektiv denkenden Geisteskranken etwas so Gewöhnliches, und sie können mit einer solchen Klarheit und Überzeugungskraft vorgebracht werden, daß Täuschungen doch zu wenig ausgeschlossen sind. Was in einer Anstalt unter der Suggestion irgend eines sensationellen Klatsches für Schauermären aufgetischt und auch Laien glaubhaft gemacht werden, kann nur derjenige wissen, der täglich mit solchen Sachen zu tun hat. Ich stelle mich deshalb immer auf den Standpunkt, daß ein Geisteskranker nur als Indizienzeuge fungieren könne, d. h. er soll objektives Material liefern, und was er aussagt, ist, wenn es nicht gleich als Unsinn erscheint, nachzuprüfen. Ist eine Nachprüfung nicht möglich, so kann man eben auf ihn nicht abstellen.

In neuerer Zeit kommt es häufig vor, daß wir über die Zeugnisfähigkeit von Kindern, resp. über den Wahrheitswert ihrer Aussagen gefragt werden. Man sei hier äußerst vorsichtig. Manchmal sind Kinder wirklich gute Zeugen; aber die Richter waren im allgemeinen bis vor kurzem viel zu geneigt, auf Aussagen von Kindern abzustellen, weil man sich zu wenig klar war, was alles eine kindliche Phantasie leisten könne, und wie natürlich ein Kind Erfundenes vorbringen kann, wenn es sich gut in eine Situation hineindenkt. Mit WULFFEN bin ich überzeugt, daß auf diese Weise namentlich bei sexuellen Anklagen schon manche unrechte Verurteilung zustande gekommen ist.

Ärztliches Geheimnis. Die schwierige Materie des ärztlichen Geheimnisses ist in Deutschland durch § 300 des StGB. geregelt:

> Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen, werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft
> Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

Zu den Geheimnissen gehört die Existenz der Psychose selbst und damit die Aufnahme in die Irrenanstalt. Man ist aber auch da nicht ganz konsequent; z. B. besteht die Anzeigepflicht für die in die Irrenanstalten aufgenommenen Kranken. In manchen Fällen, z. B. wenn ein Geisteskranker, den der Arzt behandelt hat, heiraten will und die Braut sonst nicht gewarnt wird, ist die gesetzwidrige Offenbarung des Geheimnisses vom allgemein menschlichen Standpunkt aus eine Gewissenspflicht, deren Ausübung aber dem Arzte eine Strafe zuziehen kann.

In der Schweiz besteht noch keine überall gültige Vorschrift. Anzeigepflicht bei Epidemien und Verbrechen ist schon im Widerspruch mit dem ärztlichen Geheimnis. Manche Situationen sind überhaupt von den Gesetzen nicht reguliert, was die Rechtsunsicherheit vermehrt. Der Schweizer Arzt tut gut, sich nach den betreffenden Vorschriften in seinem Kanton rechtzeitig umzusehen.[1])

[1]) Allgemeine Orientierung in SPINNER, Ärztliches Recht. Julius Springer, Berlin 1914.

2. Bürgerliches Recht, Zivilrecht.

a) Personenrecht.

Deutsches Recht (BGB.).

Allgemeine Begriffe.

Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit, Rechtsgeschäfte vorzunehmen. Neben ihr gibt es noch die *Deliktsfähigkeit*, die Fähigkeit, für verschuldeten Schaden verantwortlich gemacht zu werden. Die Deliktsfähigkeit ist ein zivilrechtlicher Begriff und unterscheidet sich von der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit dadurch, daß an Stelle des Zusammenhanges mit Verbrechen und Strafe im engeren Sinne die Beziehung zu bloßem Schadenersatz tritt. Ferner gibt es noch eine *Fähigkeit zu den „nicht geschäftlichen Handlungen"*, z. B. Begründung eines Wohnsitzes oder *zur Verletzung obligatorischer Pflichten*. Diese vier Eigenschaften zusammen werden noch bisweilen unter dem Namen der *Handlungsfähigkeit* zusammengefaßt, doch ist der Ausdruck in Deutschland neben dem der Geschäftsfähigkeit nicht mehr so gebräuchlich, *während er im schweizerischen Zivilgesetz den wichtigsten Begriff bezeichnet.*

Nichts zu tun hat der Experte mit der *Rechtsfähigkeit*. Sie kommt jedem Menschen von Natur zu; denn schon der neugeborene — in gewisser Beziehung auch der ungeborene — hat bestimmte Rechte zu beanspruchen.

Geschäftsfähigkeit.

Die Begriffe der Zurechnungsfähigkeit und der Geschäftsfähigkeit sind verschieden begrenzt. Ist Unzurechnungsfähigkeit bei einem Patienten nachgewiesen, so ist gegebenenfalls der Beweis der Geschäftsunfähigkeit doch noch zu leisten, wenn auch manchmal (nicht immer) das nämliche Tatsachenmaterial dazu verwendet werden kann. Ebensowenig bedingt mangelnde Geschäftsfähigkeit strafrechtliche Unzurechnungsfähigkeit.

Es gibt drei Stufen der Geschäftsfähigkeit:

1. Ganz geschäftsunfähig ist das Kind bis zum vollendeten siebenten Altersjahr, sowie der wegen Geisteskrankheit Entmündigte.

2. Beschränkt geschäftsfähig ist das Individuum nach vollendetem siebenten Jahre bis zur Vollendung des einundzwanzigsten Lebensjahres, sowie der wegen Geistesschwäche Entmündigte. Diese Personen können nur unter genau normierten Umständen Rechtshandlungen ausführen.

3. Mit dem vollendeten 21. Lebensjahre ist das normale Individuum geschäftsfähig.

Für das nicht normale gilt § 104, 2.

Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

Der Paragraph begrenzt die *natürliche Handlungsfähigkeit* zum Unterschied von der *formellen*, die durch den Akt der Bevormundung oder durch festgesetzte Altersgrenzen eingeschränkt wird. Die einfache Aberkennung der Handlungsfähigkeit im allgemeinen ist eine so eingreifende Maßregel, die geeignet ist, die ganze Rechtssicherheit zu beeinflussen, daß man sie nur bei Vorhandensein sehr gewichtiger Gründe anwenden soll. Es ist aber weder

erwünscht noch durchführbar, die Bestimmung nur für diejenigen Fälle gelten zu lassen, bei denen die freie Willensbestimmung nach jeder Richtung ausgeschlossen und dem Erkrankten eine vernünftige Besorgung seiner Angelegenheiten wirklich nach allen Seiten hin unmöglich ist.[1])

Der Nachweis eines Zusammenhanges zwischen geistiger Störung und Rechtsgeschäften ist hier so wenig verlangt wie im Strafrecht.

Auch hier ist nur von krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Rede. Ferner darf die Störung nicht vorübergehend sein, denn in diesem Falle tritt nur Nichtigkeit für das während der Störung ausgeführte Geschäft ein. „Die freie Willensbestimmung ausschließend" ist wieder im gleichen Sinne gemeint wie im Strafgesetz.

Vorübergehende geistige Störung ist nur dann von zivilrechtlicher Bedeutung, wenn während derselben von dem Kranken ein Rechtsgeschäft abgeschlossen wird. § 105 II:

Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

„Bewußtlosigkeit" hat die gleiche Bedeutung wie in § 51 StGB., wie überhaupt diese Bestimmung jener Formulierung nachgebildet ist. Aber die nähere Bestimmung der Störung als „krankhaft" ist weggelassen worden. Es können somit auch Bewußtseinsstörungen nicht eigentlich krankhafter Natur unter diesen Begriff fallen. Doch wird man die krankhafte Grundlage einer Bewußtseinsstörung, wenn sie vorhanden ist, womöglich nachzuweisen suchen. Am schwierigsten ist auch hier wieder die Taxierung der Alkoholwirkung. Wenn aber die erhebliche Anomalie des Geisteszustandes des Handelnden sich wirklich bestimmt nachweisen läßt, wenn „dem Geiste die Erkenntnis des Inhalts und Wesens vorgenommener Handlungen, sei es überhaupt, sei es in einer bestimmten Richtung, mangelt" (Schultze), so wird man sich weniger als im Straffalle besinnen, eine Bewußtseinsstörung im Sinne dieses Paragraphen anzunehmen. Man darf auch daran denken, daß es Rauschformen gibt, in denen gar nichts auffällt und trotzdem die Überlegungskraft hochgradig beeinträchtigt ist.

Was alles vorübergehende Störungen der Geistestätigkeit sind, ist im Prinzip leicht zu denken. Natürlich gehören auch Exazerbationen von chronischen Geisteskrankheiten dazu, wenn die letzteren nicht so hochgradig sind, daß sie die Geschäftsfähigkeit dauernd ausschließen. Zum Unterschied vom Strafgesetz bestimmt das BGB. aber hier nicht den Grad der Krankheit durch den Ausschluß der freien Willensbestimmung. Es ist also dem Experten etwas mehr freie Hand gelassen; doch wird seine Aufgabe, der Nachweis, daß die Fähigkeit, nach normalen Motiven zu handeln, sehr erheblich eingeschränkt war, deswegen nicht viel anders. Immerhin wird der Richter eher die Nichtigkeit einer Handlung als die Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen geneigt sein in den Fällen, wo die Handlung an sich als eine vom Standpunkt des Handelnden aus unsinnige erscheint.

Ein nichtiges Rechtsgeschäft ist eo ipso ungültig, sobald die Nichtigkeit irgendwie bekannt geworden ist; ein anfechtbares Rechtsgeschäft wird erst dadurch ungültig, daß der zur Anfechtung Berechtigte es angefochten hat.

---

[1]) Vergl. dagegen das österreichische Recht.

Vormundschaft und Pflegschaft.

Die Wirkungen der natürlichen Geschäftsunfähigkeit können durch die Entmündigung formell geordnet werden, wobei für die mangelnde Handlungsfähigkeit Ersatz gesucht wird in dem stellvertretenden Handeln des Vormundes.

Der § 6 bestimmt:

Entmündigt kann werden:

1. **wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag:**
2. **wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt;**
3. **wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.**

Nach Absatz 1 muß der zu Entmündigende infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. „Angelegenheiten" sind außer den ökonomischen die gesamten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, für die Angehörigen. „Seine" Angelegenheiten bezeichnet die wichtigen und wesentlichen Angelegenheiten, nicht etwa „alle", aber auch nicht nur einzelne. Angelegenheiten ist hier ein durchaus relativer Begriff, je nach den Lebensverhältnissen des Patienten; ein Tagelöhner kann mit einem ordentlichen Grade von Schwachsinn und oft auch mit einigen Wahnideen seine wenigen Angelegenheiten noch gut besorgen, der Bankier oder Jurist nicht mehr. Es kommt auch darauf an, ob der Patient Angehörige hat, denen er mit Recht vertraut, und die ihm seine Geschäfte besorgen. Ferner müssen natürlich Angelegenheiten überhaupt zu besorgen sein; der blödsinnige Pflegeanstaltsinsasse ohne Vermögen braucht den ganzen Apparat des Bevormundungsverfahrens nicht in Anspruch zu nehmen. Gemeingefährlichkeit an sich ist noch kein Bevormundungsgrund; sie kann es aber werden dadurch, daß sie die dauernde Internierung des Kranken bedingt, und daß diese ihm die Besorgung seiner Angelegenheiten unmöglich macht.

„Besorgen" heißt natürlich „richtig" oder „in normaler Weise besorgen".

In dem Gesetze fehlt eine Zeitbestimmung; nach dem ganzen Zusammenhang kann aber unter gewöhnlichen Umständen nur eine „dauernde" Unfähigkeit gemeint sein. Es ist also jeweilen nicht bloß nachzuweisen, daß die Störung in dem angegebenen Grade vorhanden sei, sondern auch, daß sie voraussichtlich anhaltend sei. Meistens fällt das zusammen mit der Unheilbarkeit der Geisteskrankheit, aber man kann doch nicht immer die Bevormundung ablehnen, nur weil sich die Unheilbarkeit nicht sicher beweisen läßt; es wird genügen, wenn man nachweist, daß die Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten für „absehbare Zeit" bestehen werde. Bei ausnahmsweise ernsten und große Verantwortung bedingenden Verhältnissen, bei denen die Pflegschaft nicht als zuverlässig genug angesehen werden kann, genügt sogar eine deutlich beschränkte Zeit.

Sind alle diese Voraussetzungen erfüllt, so kann der Kranke bevormundet werden, d. h. wenn der Antrag von einer der dazu berechtigten[1]) Personen (§ 646 ZPO.) gestellt wird, aber nur dann, hat der angerufene Richter die Bevormundung auszusprechen. Der Arzt ist in Deutschland nicht antragberechtigt. Der Antrag muß in der Regel von einem ärztlichen

[1]) Direkt verpflichtet zur Antragstellung ist, so viel ich weiß, nur der Staatsanwalt, und das nur in Fällen öffentlichen Interesses.

Zeugnis begleitet sein, das ganz kurz die Gründe anführt, weswegen die Bevormundung oder die Einleitung des Bevormundungsverfahrens empfohlen wird. Im ersteren Falle muß sich der Arzt über den Zustand des Patienten ganz klar sein; er wird also bezeugen, N. N. leide an der und der Geisteskrankheit mit den und den Symptomen und sei deshalb nicht fähig, seine Angelegenheiten zu besorgen. Ist sich der Arzt aber über den Zustand des Patienten und dessen Tragweite nicht klar, so wird er bloß bescheinigen, sein Patient zeige die und die Symptome, die den bestimmten Verdacht auf Geisteskrankheit und auf Notwendigkeit einer Vormundschaft begründen. Wenn es als notwendig erachtet wird, kann der zu Bevormundende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen zur Untersuchung und Beobachtung in eine Anstalt eingewiesen werden (§ 656 ZPO.).

Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Die Abgrenzung der beiden Begriffe hat weder mit der vulgären noch mit der klinischen Bedeutung der Worte irgend etwas zu tun. Es werden hier mit diesen Ausdrücken speziell juristische Begriffe, die nur den Zwecken des Bevormundungsparagraphen dienen, bezeichnet. Geisteskrankheit ist der höhere Grad derjenigen Störungen, die Entmündigung bedingen, Geistesschwäche der geringere. Eine Paralyse ist im floriden Stadium eine Geisteskrankheit, in guter Remission eine Geistesschwäche; eine schwere Oligophrenie ist eine Geisteskrankheit, eine leichte eine Geistesschwäche.

Der Unterschied zwischen den beiden Graden ist durch das Gesetz dadurch definiert, daß Geisteskrankheit gänzlich geschäftsunfähig macht (§ 104,3), Geistesschwäche nur bedingt (§ 114).

Die bedingte Geschäftsfähigkeit ist normiert durch die §§ 106—113.

106. Ein Minderjähriger, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, ist nach Maßgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

107. Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters.

108. Schließt der Minderjährige einen Vertrag ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Genehmigung des Vertreters ab.

Fordert der andere Teil den Vertreter zur Erklärung über die Genehmigung auf, so kann die Erklärung nur ihm gegenüber erfolgen; eine vor der Aufforderung dem Minderjährigen gegenüber erklärte Genehmigung oder Verweigerung der Genehmigung wird unwirksam. Die Genehmigung kann nur bis zum Ablaufe von zwei Wochen nach dem Empfange der Aufforderung erklärt werden; wird sie nicht erklärt, so gilt sie als verweigert.

Ist der Minderjährige unbeschränkt geschäftsfähig geworden, so tritt seine Genehmigung an die Stelle der Genehmigung des Vertreters.

109. Bis zur Genehmigung des Vertrags ist der andere Teil zum Widerrufe berechtigt. Der Widerruf kann auch dem Minderjährigen gegenüber erklärt werden.

Hat der andere Teil die Minderjährigkeit gekannt, so kann er nur widerrufen, wenn der Minderjährige der Wahrheit zuwider die Einwilligung des Vertreters behauptet hat; er kann auch in diesem Falle nicht widerrufen, wenn ihm das Fehlen der Einwilligung bei dem Abschlusse des Vertrages bekannt war.

110. Ein von dem Minderjährigen ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters geschlossener Vertrag gilt als von Anfang an wirksam, wenn der Minderjährige die vertragsmäßige Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zwecke oder zu freier Verfügung von dem Vertreter oder mit dessen Zustimmung von einem Dritten überlassen worden sind.

111. Ein einseitiges Rechtsgeschäft, das der Minderjährige ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vornimmt, ist unwirksam. Nimmt der Minderjährige mit dieser Einwilligung ein solches Rechtsgeschäft einem Anderen gegenüber vor, so ist das Rechtsgeschäft unwirksam, wenn der Minderjährige die Einwilligung nicht in schriftlicher Form vorlegt und der Andere das Rechtsgeschäft aus diesem Grunde unverzüglich zurückweist. Die Zurückweisung ist ausgeschlossen, wenn der Vertreter den Andern von der Einwilligung in Kenntnis gesetzt hatte.

112. Ermächtigt der gesetzliche Vertreter mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts den Minderjährigen zum selbständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäfts, so ist der Minderjährige für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig, welche der Geschäftsbetrieb mit sich bringt. Ausgenommen sind Rechtsgeschäfte, zu denen der Vertreter der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf.

Die Ermächtigung kann von dem Vertreter nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zurückgenommen werden.

113. Ermächtigt der gesetzliche Vertreter den Minderjährigen in Dienst oder in Arbeit zu treten, so ist der Minderjährige für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig, welche die Eingehung oder Aufhebung eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses der gestatteten Art oder die Erfüllung der sich aus einem solchen Verhältnis ergebenden Verpflichtungen betreffen. Ausgenommen sind Verträge, zu denen der Vertreter der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf.

Die Ermächtigung kann von dem Vertreter zurückgenommen oder eingeschränkt werden.

Ist der gesetzliche Vertreter ein Vormund, so kann die Ermächtigung, wenn sie von ihm verweigert wird, auf Antrag des Minderjährigen durch das Vormundschaftsgericht ersetzt werden. Das Vormundschaftsgericht hat die Ermächtigung zu ersetzen, wenn sie im Interesse des Mündels liegt.

Die für einen einzelnen Fall erteilte Ermächtigung gilt im Zweifel als allgemeine Ermächtigung zur Eingehung von Verhältnissen derselben Art.

Wer also von den psychisch Abnormen noch imstande ist, den Anforderungen zu genügen, die die in diesem Sinne beschränkte Geschäftsfähigkeit an sie stellt, leidet an Geistesschwäche im Sinne des § 104 BGB.; wer auch zu diesen Leistungen nicht fähig ist, ist geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes. Dabei ist selbstverständlich, daß der Explorand nicht fähig sein muß, alle diejenigen Handlungen auszuführen, die das Gesetz dem bedingt Geschäftsfähigen erlaubt, sondern nur diejenigen, die in seinen Verhältnissen wirklich in Betracht kommen.

Der Unterschied zwischen den Bestimmungen 104, 2 und 6, 1 wird manchmal übersehen: § 104, 2 bezieht sich auf die natürliche Geschäftsfähigkeit und kommt meist erst in Betracht, wenn eine Handlung geschehen ist. § 6, 1 bezieht sich auf die formale Geschäftsfähigkeit und infolgedessen hauptsächlich auf die Zukunft. Ein weiterer Unterschied besteht auch darin, daß die natürliche Geschäftsunfähigkeit in dem Moment wirklich aufhört, wo sie nicht mehr nachzuweisen ist, die formale aber bleibt bestehen, bis sie in aller Form aufgehoben ist. Der Entmündigte bleibt handlungsunfähig, auch wenn er geheilt ist, so lange nicht ein rechtsgültiger Beschluß die Vormundschaft beendet hat.

Entmündigung wegen Alkoholismus (§ 6, 3). Hierbei muß kein Sachverständiger gefragt werden. Der Paragraph hat also leider für den Arzt so wenig Bedeutung wie für den Patienten. Es kann aber der Arzt zugezogen werden, um krankhafte Zeichen oder die krankhafte Grundlage des Alkoholismus nachzuweisen oder die Bedeutung von Wahnideen für die Sicherheit der Frau festzustellen u. dgl. Über die Konsequenzen des Alkoholismus für die Geschäftsfähigkeit hat er sich kaum je zu äußern.

Die Trunksuchtsbestimmung des BGB. entspringt sehr guter Einsicht in die Natur und die Bedeutung der Trunksucht; sie nützt aber bis jetzt nicht so viel wie erwartet, weil man die Trunksucht fast allerorts noch als eine erlaubte Eigentümlichkeit betrachtet, bis das Vermögen verloren und die Heilung unmöglich ist. Es scheint mir deshalb unnütz, nach besseren Bestimmungen zu suchen, die doch wieder nicht gehalten werden. Erst muß die Stellung des einzelnen Beamten gegenüber dem Alkoholismus eine andere geworden sein; dann erst kann Besserung kommen, habe man andere Bestimmungen oder nicht.

Die Aufhebung der Entmündigung. Bei der Aufhebung der Entmündigung sind die nämlichen ärztlichen Beweismittel beizubringen wie bei der Einrichtung derselben. Es ist also nachzuweisen, daß die geistige Störung nicht mehr bestehe, oder daß sie dem Entmündigten die Fähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, nicht mehr entziehe. Dabei ist es nun ein häufiger Unfug von seiten leichtsinniger Ärzte, daß sie, ohne die Akten und überhaupt die ganze Sachlage genau zu kennen, die Gesundheit attestieren, und damit nicht nur die Interessenten des betreffenden Falles, sondern auch das Ansehen der Wissenschaft schädigen. Es ist sehr leicht für einen schlauen Paranoiker und sogar für einen nicht schlauen, zu einem Arzte zu gehen, sich äußerlich normal zu benehmen, seine Wahnideen zu verheimlichen oder abzuleugnen, und so für eine halbe Stunde oder auch für einige Tage nichts Krankhaftes zu zeigen. Gesundheit kann man mit gutem Gewissen überhaupt nicht attestieren, sondern nur, daß man trotz in der und der Weise genau gemachter Untersuchung keine Zeichen von Geisteskrankheit gefunden habe.

Die vorläufige Vormundschaft. § 1906. Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

Ein ausführliches Gutachten kann natürlich in einem solchen Falle nicht verlangt werden; doch muß wenigstens ein „geistiger Defekt, der zur Entmündigung zu führen geeignet ist“, nachgewiesen werden; der Arzt kann also im Verlaufe dieses Verfahrens gerufen werden, wenn er nicht in dem die Entmündigung einleitenden Attest genügendes Material geboten hat. Außerdem kann er in der Lage sein, zu bezeugen, daß die Krankheit des zu Entmündigenden eine sofortige Entlastung von den Geschäften in seinem eigenen Interesse nötig macht.

Die Pflegschaft. § 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

Die neue Kategorie von Geistesstörung, die geistigen Gebrechen, die hier in Betracht kommen, sind zunächst leichte oder beginnende oder in Heilung begriffene eigentliche Geisteskrankheiten, dann Hirnschlaganfälle, besonders mit aphasischen Störungen. Die Einrichtung hat sich bewährt und wird oft auch in Fällen von Dementia senilis und ähnlichen Zuständen, ja auch bei anderen Geisteskranken, namentlich Anstaltspatienten, angewandt, und zwar nicht nur dann, wenn der Patient noch so viel — oder auch so wenig — Verständnis für die Situation hat, daß er in die Pflegschaft einwilligt. Die gesetzliche Handhabe zur häufigen Anwendung bringt der Begriff der Unmöglichkeit einer Verständigung, der sehr elastisch ist und manchenorts recht weit gefaßt wird. Das hat den Vorteil, daß in vielen an sich klaren und einfachen Fällen der zu umständliche und kostspielige Apparart der Entmündigung nicht in Bewegung gesetzt werden muß, während die Interessen des

Patienten doch richtig gewahrt werden. Der Arzt wird oft nach der Unmöglichkeit der Verständigung gefragt und tut gut, sich darüber zu erkundigen, wie weit er den Begriff fassen soll.

Schweizerisches Recht. (ZGB.)[1]).

Handlungsfähigkeit.

Das schweizerische Zivilgesetzbuch operiert zunächst mit dem allgemeinen Begriff der Handlungsfähigkeit:

12. Wer handlungsfähig ist, hat die Fähigkeit, durch seine Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen.

13. Die Handlungsfähigkeit besitzt, wer mündig und urteilsfähig ist.

14. Mündig ist, wer das zwanzigste Lebensjahr vollendet hat. Heirat macht mündig.

17. Handlungsunfähig sind die Personen, die nicht urteilsfähig, oder die unmündig oder entmündigt sind.

Die Urteilsfähigkeit wird in Artikel 16 erläutert:

16. Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln.

„Fähigkeit, vernunftgemäß zu handeln" bezeichnet mit direkteren Worten das Nämliche, was in den deutschen Gesetzen „freie Willensbestimmung", also die Fähigkeit, normale Motive zu bilden und nach diesen zu handeln. Den Begriff der „Norm" muß der Arzt wie der Richter kennen; derselbe läßt sich nicht definieren. Als die Urteilsfähigkeit und damit die Handlungsfähigkeit ausschließende Zustände gelten alle diejenigen, die eben die Fähigkeit, vernunftgemäß zu handeln, unterdrücken — ob krankhaft oder nicht, kommt hier nicht in Betracht, was sehr angenehm ist, denn erstens ist der Erfolg der nämliche, und zweitens ist ja diese Unterscheidung in der Praxis doch eine ganz willkürliche.

Im Gesetz wie im Leben ist die Urteilsfähigkeit eine relative: Sie kann nur in bezug auf bestimmte Einzelhandlungen oder einen bestimmten Kreis von Handlungen vorhanden sein. Der leicht debile Taglöhner ist urteilsfähig in bezug auf seinen Tätigkeitskreis, nicht aber für den Tätigkeitskreis eines Advokaten. So lange er Taglöhner bleibt, bleibt er auch urteilsfähig im Sinne des Gesetzes.

Vormundschaft, Beistandschaft, Beiratschaft.

Vormundschaft. Art. 369. Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Die Verwaltungsbehörden und Gerichte haben der zuständigen Behörde Anzeige zu machen, sobald sie in ihrer Amtstätigkeit von dem Eintritt eines solchen Bevormundungsfalles Kenntnis erhalten.

Zum Unterschied vom deutschen Recht, wo ein Geisteskranker entmündigt werden „kann", „gehört" in der Schweiz der Handlungsunfähige unter die Vormundschaft, und die verschiedensten Amtspersonen sind verpflichtet, die zuständigen Behörden von solchen Fällen zu benachrichtigen; dazu berechtigt ist jedermann, auch der Arzt; letzterer ist durch das ZGB. nicht verpflichtet, wenn er nicht zufällig eine amtliche Stellung inne hat. Die Kantone haben aber das Recht, die Anzeigepflicht auszudehnen; der Arzt wird also

---

[1]) Vergl. namentlich den vorzüglichen Kommentar von EGGER, Schultheß, Zürich 1914. II. Teil.

schon deshalb gut tun, die Bestimmungen („Einführungsgesetze") seines Kantons genau zu studieren. Das Antragsrecht und die bloße Anzeigeberechtigung sind ebenfalls in den Kantonen verschieden normiert und können auch eingeschränkt werden. Die bloße Anzeige — im Gegensatz zur Antragstellung — kann aber in der Schweiz niemandem verwehrt werden, und gerade der Arzt wird oft die unangenehme Pflicht auf sich nehmen müssen. Die Fassung hat ihre großen Vorteile und erspart viele Unannehmlichkeiten, namentlich bei nicht internierten Geisteskranken, die noch den Willen haben, zu handeln. Aufgestellt ist sie aber entsprechend dem ganzen Charakter des ZGB. in erster Linie zum Zwecke, jedem, der nicht für sich selber sorgen kann, Hilfe und Schutz zu gewähren. Die humane Idee des Gesetzgebers ist aber, wenigstens für absehbare Zeit, leider einfach nicht durchführbar. Man würde für alle unsere Geisteskranken nicht genug Vormünder finden, die sich wirklich der Interessen ihrer Schutzbefohlenen so annähmen, daß dabei etwas herauskäme. Wenn ein Unheilbarer in einer zweckentsprechenden Anstalt versorgt ist, und er hat nicht eine ganz besondere Fertigkeit, seine Wünsche an den Mann zu bringen, so mnimt man an, es sei alles für ihn getan, oder, wenn man noch mehr tun möchte, so fehlt die Möglichkeit dazu. Es werden deshalb noch lange nicht alle Personen bevormundet, die ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen oder des Beistandes bedürfen. Ausweichen kann man — d. h. die Vormundschaftsbehörde, weniger der angefragte Arzt — dem Gesetze dadurch, daß man konstatiert, es seien keine Angelegenheiten zu besorgen, und der in der Anstalt Verpflegte bedürfe keines weiteren Schutzes.

Geisteskrankheit und Geistesschwäche: Die beiden Worte zusammen bezeichnen zum Unterschied vom deutschen Gesetz einen Begriff, der alle Abweichungen vom Normalen umfaßt, sowohl die Parafunktionen, also die eigentlichen Geisteskrankheiten in unserem Sinne und viele Psychopathien, sogenannte Degenerationen, als auch die Dürftigkeit und Minderfunktion des Geisteslebens inklusive moralischer Minderwertigkeit. Der gleiche Wortlaut wie im deutschen Gesetz bedeutet also hier einmal, wie sich aus dem Tenor des ganzen Gesetzes ergibt, erstens einen weiteren Begriff — die Voraussetzungen der Bevormundung sind weniger beschränkt — und zweitens einen einheitlichen — es gibt für das Gesetz keinen Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche.

„Angelegenheiten" meint wie im BGB. alle wichtigeren, dem Patienten und seiner Rechtssphäre zukommenden Geschäfte (Vermögen, Sorge für sich selbst und die Familie); durch die Krankheit brauchen nicht alle Angelegenheiten gefährdet zu sein; es genügt ein wesentlicher Teil.

„Besorgen" heißt auch hier „richtig besorgen" und hat relative Bedeutung: Es sind Art und Schwere der Geistesstörung im Verhältnis zu Art und Bedeutung der Angelegenheiten in Betracht zu ziehen. Auch der Querulant kann gerade seine wichtigsten Angelegenheiten nicht besorgen.

„Schutzbedürftigkeit" ist ein rein praktischer Begriff, der an den Umständen gemessen werden soll.

Ebenso leicht verständlich ist die „Gefährdung der Sicherheit anderer", wenn auch der Begriff theoretisch kaum scharf zu umgrenzen ist, praktisch allerdings entstehen nicht viel Schwierigkeiten, da die Gefährdung der Sicherheit anderer natürlich dem Grade nach deutlich nachweisbar sein und dem Objekt nach ein wichtigeres Gut betreffen muß: Bedrohung von Leib und Leben, Bedrohung mit Brandstiftung und anderen schweren Schädigungen; unbezwingliche Neigung zu kleineren Diebstählen wird an sich nicht

gleich einen Bevormundungsgrund abgeben. Der Vormund wird allerdings nur in wenigen Fällen direkt einer Schädigung Dritter durch sein Mündel vorbeugen können, aber die Entmündigung gibt die gesetzliche Handhabe, eine Internierung auch da, wo die rein medizinischen Gründe versagen würden, durchzuführen. Natürlich muß die Gemeingefährlichkeit in Geisteskrankheit begründet sein, wenn sie eine Indikation zur Bevormundung sein soll; für die Gemeingefährlichkeit des „Gesunden" kennen die Gesetze keine vorbeugenden Maßregeln; erst nach der Tat behandelt sie das Strafgesetz mit Sühne.

Als selbstverständlich ist vorausgesetzt, daß die Unfähigkeit zur Verwaltung des Vermögens, resp. die andern direkten Bevormundungsgründe andauernde seien, d. h. also für absehbare Zeit bestehen bleiben.

Art. 370. Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die durch Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandel oder durch die Art und Weise ihrer Vermögensverwaltung sich oder ihre Familie der Gefahr eines Notstandes oder der Verarmung aussetzt, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Der Artikel ist weiter und deshalb kategorischer als der entsprechende deutsche; er will rechtzeitige Maßnahmen nicht nur ermöglichen, sondern direkt befehlen. Die Verschwendung kann auch bloß die Einkünfte betreffen, das Kapital braucht nicht angegriffen zu werden. Notwendig ist aber eine „Sucht", ein „Hang", seine Mittel zu vertun, der dem Betreffenden das Haushalten verunmöglicht. Ist die Neigung direkt krankhaft, so tritt Art. 369 ein; Art. 370 meint also die Fälle, in denen keine andere forensisch erhebliche Krankheit nachgewiesen ist.

„Trunksucht". Hier liegt die Konstatierung der „Sucht" im gewählten Ausdruck; der Patient muß gezeigt haben, daß er nicht fähig ist, der Neigung zum „regelmäßigen Genuß" zu widerstehen. So steht es bei Egger, und es wäre richtig, wenn man in diesem Sinne handeln könnte; es muß aber schon bei den jetzigen Trinksitten der Begriff des übermäßigen Genusses mit seiner gasartigen Komprimierbarkeit an Stelle des „regelmäßigen" gesetzt werden, obschon es ganz richtig ist, daß derjenige, der nicht fähig ist, auf den regelmäßigen Genuß des Alkohols zu verzichten, in Wirklichkeit ein Alkoholiker ist und seine Gesundheit und sein Vermögen gefährdet. Es ist anderseits aber nicht erforderlich, daß die Sucht kontinuierlich wirke; auch der Dipsomane ist trunksüchtig und oft mit seiner Familie des Schutzes bedürftig.

Wie im deutschen Recht werden Morphium- und Opiumsucht nicht unter Trunksucht subsummiert, obschon es oft wünschbar wäre. Doch wird dadurch, daß die Sucht zu Zuständen führt, die den Voraussetzungen des Art. 369 entsprechen, oder zu lasterhaftem Lebenswandel oder schlechter Vermögensverwaltung Anlaß gibt, manchmal eine Bevormundung begründet.

Die Handhabung des Trunksuchtsartikels ist in der Schweiz an einigen Orten eine etwas bessere als in Deutschland, namentlich auch da, wo man besondere Trinkergesetze hat; doch läßt sie auch hier das Meiste zu wünschen übrig. Es dringt aber nach und nach ins Bewußtsein, daß die Behörde, die gegen einen zu Bevormundenden nicht rechtzeitig eingreift, nach dem Obligationenrecht für den Schaden verantwortlich gemacht werden kann, was dem und jenem schwachen Gemeinderat den Rücken etwas stärken mag. Wenn man auch hier noch nicht gewagt hat, eine Anzeigepflicht zu konstituieren, so besteht doch ein allgemeines Anzeigerecht, und die Vormundschaftsbehörde muß auf begründete Anzeige hin den Fall untersuchen.

Daß der Alkoholiker zu seinem Schutze dauernd des Beistandes und der

Fürsorge bedarf, und daß er in vielen Fällen die Sicherheit anderer gefährdet. ist außer ihm selbst jedem klar, der sehen will.

Die übrigen Bestimmungen dieses Artikels sprechen für sich selbst.

Art. 374. Wegen Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandels oder der Art und Weise ihrer Vermögensverwaltung darf eine Person nicht entmündigt werden, ohne daß sie vorher angehört worden ist.

Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche darf nur nach Einholung des Gutachtens von Sachverständigen erfolgen, das sich auch über die Zulässigkeit einer vorgängigen Anhörung des zu Entmündigenden auszusprechen hat.

Bei Entmündigung wegen Trunksucht wird oft der Arzt gehört und auf sein Zeugnis hin entschieden, nicht nur, weil Trunksucht auch bei unseren Behörden als eine Krankheit angesehen wird, sondern weil der Arzt am besten im Falle ist, ihr Bestehen nachzuweisen. Aber auch bei Verschwendern und Lasterhaften hat der Arzt oft sein Gutachten abzugeben, und wenn es nur darum wäre, um zu konstatieren, ob die Aufführung des Exploranden auf Geisteskrankheit beruht oder nicht. Er wird dann auch im Falle, daß eine Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes nicht zu finden ist, das Gutachten doch so abfassen, daß es einer notwendigen Bevormundung nach Artikel 370 nicht im Wege steht.

Daß die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ein ärztliches Gutachten verlangt, ist selbstverständlich.

Die Zusatzfrage, ob die vorgängige Anhörung des zu Entmündigenden zulässig sei, wird jetzt noch oft zu stellen vergessen. Der Experte hat sie aber jedenfalls zu beantworten; wenn sie bejaht wird, nur durch einen Satz am Schlusse des Gutachtens; sollte sie verneint werden, so ist die Verneinung zu begründen. Es ist nun keine Frage, daß die Anhörung meistens eine unnütze und oft eine sehr lästige und kostspielige Maßregel ist. wenn z. B. der Wohnsitz des internierten Kranken von der Irrenanstalt sehr weit entfernt ist. Die Behörden stellen deshalb da und dort das Ansinnen an den Arzt, die Frage zu verneinen. Obschon einzelne Ärzte in selbstverständlichen Fällen nachzugeben geneigt sind, halte ich das für unzulässig. Der Gesetzgeber hat gegen die ungerechtfertigten Bevormundungen alle mögliche Sicherheit bieten wollen, auch da, wo es den Beteiligten unnütz erscheint; man hat sich daran zu halten; dann werden die Bevormundungsbehörden nach und nach einen einfacheren Weg finden; noch besser wäre es, wenn man das unberechtigte Mißtrauen gegen die Anstalten aufgäbe und das in einer Veränderung des Gesetzes zum Ausdruck kommen ließe.

Natürlich ist bei der Zulässigkeit der Anhörung des zu Entmündigenden nur an medizinische Gründe gedacht worden. Es gibt Fälle (Melancholiker, gewisse Schizophrene, Senile), die durch die Anhörung aufgeregt oder schwer geschädigt werden können. Dem wollte der humane Gesetzgeber vorbeugen. Bezeichnend ist aber, daß wir in der Anstalt mit ihren vielen Bevormundungsfällen seit dem Bestehen des Gesetzes noch nie für nötig gefunden haben, die Anhörung abzulehnen.

Art. 386. Wird es vor der Wahl notwendig, vormundschaftliche Geschäfte zu besorgen, so trifft die Vormundschaftsbehörde von sich aus die erforderlichen Maßregeln.

Sie kann insbesondere die vorläufige Entziehung der Handlungsfähigkeit aussprechen und eine Vertretung anordnen.

Eine solche Maßregel ist zu veröffentlichen.

Der Arzt ist sehr häufig derjenige, der die Notwendigkeit der vorläufigen Entziehung der Handlungsfähigkeit am besten konstatieren kann. Er hat deshalb an diesen Artikel zu denken. Das Verfahren zu definitiver Vormund-

schaft muß aber eingeleitet sein, bevor die vorläufigen Maßnahmen getroffen werden können. Umgekehrt kann ein Beistand nicht mehr ernannt werden, wenn das Verfahren auf Vormundschaft anhängig ist.

Zu den vorläufigen Maßregeln kann (wenigstens im Kanton Zürich) auch die Internierung des Kranken gehören. Dabei muß der zu Internierende nicht gehört werden, aber, wenn immer möglich, wird man es nicht unterlassen.

Die Rechte des Vormundes beziehen sich u. a. auch auf die Unterbringung in einer Anstalt (Art. 406).

Die Publikation auch der vorläufigen Bevormundung kann wie die der definitiven verschoben werden, solange der Patient interniert ist (Art. 375, Al. 2).

Die Beistandschaft. Art. 392. Auf Ansuchen eines Beteiligten oder von Amtes wegen ernennt die Vormundschaftsbehörde einen Beistand da, wo das Gesetz es besonders vorsieht, sowie in folgenden Fällen:

1. wenn eine mündige Person in einer dringenden Angelegenheit infolge von Krankheit, Abwesenheit oder dergleichen weder selbst zu handeln, noch einen Vertreter zu bezeichnen vermag,
2. wenn der gesetzliche Vertreter einer unmündigen oder entmündigten Person in einer Angelegenheit Interessen hat, die denen des Vertretenen widersprechen,
3. wenn der gesetzliche Vertreter an der Vertretung verhindert ist.

Da die Beistandschaft nach der in diesem Artikel bestimmten Form die Handlungsfähigkeit voraussetzt, hat der Arzt selten damit zu tun. Der bloß bettlägerige Kranke ist meist fähig, selbst einen Vertreter zu bestellen und zu instruieren. Doch können vorübergehende Fälle von Geisteskrankheit, Fieberdelirien u. dgl. den Beistand nötig machen; die zu besorgende Angelegenheit muß aber immer eine dringliche sein.

Art. 393. Fehlt einem Vermögen die nötige Verwaltung, so hat die Vormundschaftsbehörde das Erforderliche anzuordnen und namentlich in folgenden Fällen einen Beistand zu ernennen

. . . . . .

2. bei Unfähigkeit einer Person, die Verwaltung ihres Vermögens selbst zu besorgen oder einen Vertreter zu bestellen, falls nicht die Vormundschaft anzuordnen ist.

Auch hier kann ein körperliches Gebrechen oder Trunksucht in Betracht kommen, wenn nicht dabei eine dauernde Fürsorgebedürftigkeit die Vormundschaft verlangt. Vor allem aber wird bei vorübergehenden Geisteskrankheiten, wo dringliche Geschäfte zu erledigen sind, ein Beistand verlangt werden, besonders, wenn die Kranken in der Anstalt sind.

Die Beiratschaft. Art. 395. Wenn für die Entmündigung einer Person kein genügender Grund vorliegt, gleichwohl aber zu ihrem Schutze eine Beschränkung der Handlungsfähigkeit als notwendig erscheint, so kann ihr ein Beirat gegeben werden, dessen Mitwirkung für folgende Fälle erforderlich ist:

1. Prozeßführung und Abschluß von Vergleichen,
2. Kauf, Verkauf, Verpfändung und andere dingliche Belastung von Grundstücken,
3. Kauf, Verkauf und Verpfändung von Wertpapieren,
4. Bauten, die über die gewöhnlichen Verwaltungshandlungen hinausgehen,
5. Gewährung und Aufnahme von Darlehen,
6. Entgegennahme von Kapitalzahlungen,
7. Schenkungen,
8. Eingehung wechselrechtlicher Verbindlichkeiten,
9. Eingehung von Bürgschaften.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann die Verwaltung des Vermögens dem Schutzbedürftigen entzogen werden, während er über die Erträgnisse die freie Verfügung behält.

Die Beiratschaft ist eine Form der Beistandschaft. Sie will den nämlichen Zweck erreichen wie die deutsche Entmündigung wegen Geistesschwäche, ist aber etwas starrer, da nur die in 1—9 aufgezählten Geschäfte oder dann die

ganze Vermögensverwaltung dem durch die Maßregel in der Handlungsfähigkeit Beschränkten entzogen werden kann. Während die übrigen Formen der Beistandschaft nur temporär bestimmte Geschäfte zu besorgen haben, fungiert der Beirat dauernd. Hier wird regelmäßig ein ärztliches Gutachten verlangt werden. Der Arzt muß die Tragweite dieses Artikels genau kennen, denn eine Bevormundung darf nicht ausgesprochen werden, wenn die Beistandschaft, resp. Beiratschaft ausreicht, und sie ist gar nicht so selten eine genügende Maßregel, namentlich bei Debilen, eventuell auch bei Paranoikern und leichten Schizophrenen und auch bei manchen Querulanten im Hinblick auf Ziffer 1. Im übrigen ist die Einsetzung der Beistandschaft nicht obligatorisch, auch wenn Gründe dazu da wären. Sie „kann" unter den genannten Umständen eingerichtet werden, aber in dem Sinne natürlich, daß die Bevormundungsbehörde auf den Antrag einzugehen hat, wenn eine Notwendigkeit zum Einschreiten gegeben ist.

Beistandschaft macht nicht unmündig, hat also nicht die Konsequenzen einer Vormundschaft. Veröffentlichung findet nur dann statt, wenn es der Behörde zweckmäßig erscheint.

Das Ende der Vormundschaft. Art. 436. Die Aufhebung einer wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche angeordneten Vormundschaft darf nur erfolgen, nachdem das Gutachten von Sachverständigen eingeholt und festgestellt ist, daß der Bevormundungsgrund nicht mehr besteht.

Das ärztliche Gutachten hat zu konstatieren, ob die Geisteskrankheit, resp. Geistesschwäche, fortdauere, und wenn ja, ob diese noch so hochgradig sei, daß die Unfähigkeit, die Angelegenheiten zu besorgen oder die andern Gründe der Bevormundung weiter bestehen (vgl. S. 474).

b) Eherecht.

Deutsches Recht.

Nichtigkeit.

Die Ehefähigkeit wird im BGB. (§ 1303) nur durch Alter und Volljährigkeit abgegrenzt. Dagegen ist selbstverständlich der Nichtgeschäftsfähige nicht fähig, eine Ehe zu schließen (wohl aber der wegen Geistesschwäche entmündigte, wenn Vormund oder Vormundschaftsbehörde zustimmen). Deshalb ist eine Ehe nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand (1325). (Der krank gewesene Ehegatte kann nach erlangter Geschäftsfähigkeit die Ehe stillschweigend bestätigen, wenn sie nicht für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist.)

Die Anfechtbarkeit.

§ 1331. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschließung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Bestätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.

§ 1333. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

§ 1334. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Eingehung der Ehe durch arglistige Täuschung über solche Umstände bestimmt worden ist, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. Ist die Täuschung nicht von dem andern Ehe-

gatten verübt worden, so ist die Ehe nur dann anfechtbar, wenn dieser die Täuschung bei der Eheschließung gekannt hat.

Auf Grund einer Täuschung über Vermögensverhältnisse findet die Anfechtung nicht statt.

Zu den „persönlichen Eigenschaften" (1333) und den „Umständen" (1334), welche bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung derselben abgehalten hätten, gehören Geisteskrankheiten, ferner ansteckungsfähige Syphilis, Mißbildungen, die den Koitus unmöglich machen, Homosexualität u. ä. Die Bedeutung von Geisteskrankheiten und Alkoholismus s. unten bei der Würdigung der einzelnen Krankheiten.

Die Anfechtung kann nur binnen sechs Monaten von dem Zeitpunkt an erfolgen, an dem die Täuschung dem Anfechtenden bekannt wurde.

Bei der Begutachtung ist auf die Ansichten des getäuschten Ehegatten zur Zeit der Eheschließung Rücksicht zu nehmen. Wenn er erst in der Zwischenzeit eine bestehende Anomalie wichtiger werten gelernt hat, so kann das keinen Einfluß auf den Entscheid haben. Der Arzt hat nur das Bestehen des Anfechtungsgrundes (eine bestimmte Krankheit, Bewußtseinsstörung) nachzuweisen, im übrigen die Würdigung dem Richter zu überlassen.

Nichtigkeit und Anfechtbarkeit der Ehe unterscheiden sich dadurch, daß Nichtigkeit unter allen Umständen ausgesprochen werden muß, sobald die gesetzlichen Gründe dazu vorliegen (sogar eine geschiedene Ehe kann nichtig erklärt werden), während Anfechtbarkeit nur bestimmten Personen das Recht gibt, die Auflösung zu verlangen.

Ist die Einwilligung der Eltern oder eines Vormundes nötig, so kann dieselbe nach dem Gesetz auch durch die Einwilligung des Vormundschaftsgerichtes ersetzt werden, „wenn die Eingehung der Ehe im Interesse des Mündels liegt" (1304 und 1337). Rücksicht auf die Nachkommenschaft und auf die Allgemeinheit nimmt das Gesetz nicht, aber offenbar manchmal ein vernünftiger Richter.

Ehescheidung und Trennung.

Scheidung. Die nichtig erklärte und die mit Erfolg angefochtene Ehe werden, soweit es möglich ist, in allen ihren Folgen als nicht bestehend gewertet. (Ausnahmen z. B. § 1345 und 1346.) Ganz anders bei der Ehescheidung.

§ 1569. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Zunächst ist das Bestehen einer „Geisteskrankheit" festzustellen. Hier bezeichnet das Wort einen anders umschriebenen Begriff als im § 6, 1, irgend eine Psychose im allgemeinen Sinne, deren Grad aber diesmal definiert wird durch die Forderung der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft (um angeborene Störungen kann es sich natürlich nicht handeln, weil diese zur Zeit der Eheschließung bestanden und, wenn wirksam, die Nichtigkeit der Ehe begründen würden).

Zweitens ist die dreijährige Dauer der Geisteskrankheit nachzuweisen. Dabei sind die nervösen Prodrome und dergleichen nicht zu rechnen. Man muß, wenn auch ex post, die eigentliche Geisteskrankheit auf den Beginn dieses Termins verlegen können. Die Krankheit muß ferner während der drei Jahre kontinuierlich gedauert haben; Remissionen unterbrechen die Dauer nicht, wohl aber Intermissionen. Ein manisch-depressives Irresein wird deswegen nur ausnahmsweise zur Scheidung führen können.

Der schwierigste Punkt ist der dritte, der Nachweis der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft. Darunter kann man sehr enge und sehr weite Begriffe verstehen. Die Rechtsprechung ist denn auch jetzt noch nicht ganz einheitlich, nachdem sie in der ersten Zeit der Geltung dieses Gesetzes eine Anzahl von Kuriosis gezeitigt hatte, die eine ebenso hohe Auffassung von der Unlöslichkeit der Ehebande, wie eine niedere von der geistigen Gemeinschaft bekundeten. Wer in diesen Dingen wenig Erfahrung und Belesenheit hat, tut gut, sich, wenn es angeht, vom Richter über dessen persönliche Anschauungen instruieren zu lassen.

Nach E. Schultze[1]) wäre die geistige Gemeinschaft zu definieren „als die bei jedem Ehegatten vorauszusetzende Fähigkeit, die durch die sittlichen Grundlagen der Ehe begründeten beiderseitigen Pflichten und Rechte zu erfassen, zu empfinden und zu betätigen"; das Reichsgericht spricht von „der Befähigung zu gemeinsamem Denken und Fühlen". Man muß aber diese Begriffe im Sinne des Gesetzes recht weit nehmen, sonst ließe sich die Ehescheidung leicht viel mehr ausdehnen, als der Gesetzgeber beabsichtigte; die Notwendigkeit des Anstaltsaufenthaltes für den kranken Ehegatten z. B. schließt die geistige Gemeinschaft nicht aus. Wenn anderseits ein Gerichtshof meinte, daß nur ein vollkommener „geistiger Tod" die Gemeinschaft aufheben könne, so ist das mit Recht mißbilligt worden. Übrigens kann es genügen, wenn der Arzt alle Momente zusammenstellt, die den Grad der „geistigen Gemeinschaft" zu bestimmen geeignet sind; die definitive Konsequenz hat ja doch der Richter zu ziehen.

Leichter verständlich ist wieder die vierte Voraussetzung, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sei. Es heißt „Aussicht", nicht „Möglichkeit", und zwar aus guten Gründen. denn die Wissenschaft kennt noch nicht alle Möglichkeiten. Aber der Experte hat genau zu prüfen, ob noch Anhaltspunkte für eine Hoffnung vorhanden seien, und wenn nicht, dann ist auch diese Bedingung erfüllt. Sind noch Remissionen zu erwarten, wenn auch kürzere, so sind in der Regel die Bedingungen für eine Scheidung nicht erfüllt. Doch hat schon ein Gericht — vielleicht nicht ganz im Sinne des Gesetzgebers, aber gewiß im Sinne des menschlichen Fühlens — bei schwerer Dipsomanie diese Bedingung als erfüllt betrachtet.

Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft (= Trennung von Tisch und Bett). § 1575. Der Ehegatte, der auf Scheidung zu klagen berechtigt ist, kann statt auf Scheidung auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft klagen. Beantragt der andere Ehegatte, daß die Ehe, falls die Klage begründet ist, geschieden wird, so ist auf Scheidung zu erkennen.

. . . . . .

§ 1586. Wird nach § 1575 die eheliche Gemeinschaft aufgehoben, so treten die mit der Scheidung verbundenen Wirkungen ein; die Eingehung einer neuen Ehe ist jedoch ausgeschlossen. Die Vorschriften über die Nichtigkeit und Anfechtbarkeit der Ehe finden Anwendung, wie wenn das Urteil nicht ergangen wäre.

Die Paragraphen bedürfen keines Kommentars.

Schweizerisches Recht.

Ehefähigkeit.

Art. 96. Um eine Ehe eingehen zu können, muß der Bräutigam das zwanzigste, die Braut das achtzehnte Altersjahr zurückgelegt haben.

Art. 97. Um eine Ehe eingehen zu können, müssen die Verlobten urteilsfähig sein. Geisteskranke sind in keinem Falle ehefähig.

---

[1]) Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. Aufl., S. 361. Hirschfeld. Berlin 1909.

Die Regierung des Wohnsitzkantons kann jedoch in außerordentlichen Fällen, wenn schwerwiegende Rücksichten es rechtfertigen, eine Braut, die das siebenzehnte, oder einen Bräutigam, der das achtzehnte Altersjahr zurückgelegt hat, unter Zustimmung der Eltern oder des Vormundes für ehemündig erklären.

Das erste Alinea des Art. 97 behandelt die Ehe als ein Rechtsgeschäft, aber eines besonderer Art. Der relative Begriff der Urteilsfähigkeit ist im Eherecht enger als sonst. „Urteilsfähigkeit mit Hinsicht auf die Eheschließung liegt nur vor, wenn der Nupturient fähig ist, die Bedeutung der Ehe als Lebensgemeinschaft, die Pflichten und Aufgaben, die sie mit sich bringt, zu erkennen und einer solchen Erkenntnis gemäß zu handeln" (EGGER). Im Sinne dieses Gesetzes gibt es auch, wie aus Art. 120, 2 hervorgeht, eine dauernde Urteilsunfähigkeit ohne Geisteskrankheit: „Das kann nur eine Geistesschwäche sein, die nicht als Geisteskrankheit zu diagnostizieren ist. Es liegt nicht eine krankhafte Betätigung des Geisteslebens vor, sondern nur eine Unentwickeltheit und Dürftigkeit, oder eine Suggestibilität und Unselbständigkeit desselben, welche die Urteilsfähigkeit in bezug auf so wichtige Rechtshandlungen wie die Eheschließung als ausgeschlossen erscheinen läßt.

Die Fragestellung geht somit nicht nach der pathologischen Qualifikation, sondern nach dem Maß der Urteilsfähigkeit; es kommt darauf an, ob der geistige Schwächezustand des Nupturienten derart ist, daß diesem die Fassungskraft und Einsicht für das Wesen und die Bedeutung der Ehe, das Verständnis für die Aufgaben und Pflichten, die mit der Ehe nach allgemeiner Auffassung verbunden sind, abgehen." (EGGER II, S. 29/30.)

Liegt schon in dieser, durch den Zusammenhang und die Praxis gegebenen Auffassung der spezifisch eherechtlichen Urteilsfähigkeit ein gewaltiger Unterschied gegenüber der rein formal geschäftlichen Auffassung des BGB., so bringt das zweite Alinea etwas ganz Neues in die Ehegesetzgebung hinein: die Auffassung der Ehe aller ihrer sozialen und ethischen Bedeutung. Ist ein Ehekandidat geisteskrank, so kommt gar nicht mehr in Betracht, ob er dabei handlungsfähig ist oder nicht.

Der Gesetzgeber wollte die Heiligkeit der Ehe nicht dadurch dokumentieren und aufrecht erhalten, daß er ihre Unlöslichkeit hochhielt (in enger Fassung der Scheidungsgründe), auch wenn sie zu einer Karikatur und zu einem Übel geworden; er suchte, soweit es unter menschlichen Verhältnissen möglich ist, alle diejenigen von ihr fern zu halten, die sie entwürdigen würden, die nicht fähig wären zu einer wirklichen geistigen Gemeinschaft, zu einer tüchtigen Heranbildung ihrer Kinder, und die die Gesundheit der Nachkommen gefährden würden zum eigenen Jammer, zum Elend der in die Welt Gesetzten und zur Last für die Allgemeinheit. Diese Gründe, und zwar nicht zum wenigsten die rassenhygienischen, waren es, welche die scharfe Formulierung dieser Bestimmung veranlaßten. Man darf und soll bei der Abmessung der Ehefähigkeit soziale Erwägungen miteinbeziehen. Währenddem die Gesetze sonst das Bestehende zu sanktionieren pflegen und oft hinter den Bedürfnissen herhinken, werden wir hier noch Schwierigkeiten haben, den Intentionen des Gesetzes in der Praxis zu folgen — immerhin weniger als ich mir vorgestellt habe. Es ist mir begegnet, daß ich in einem Fall, wo eine Schizophrene nach dem ersten Schub in einer Remission geheiratet hatte, in der nur das geschulte Auge bei genauem Suchen etwas Krankhaftes zu finden vermochte, nicht wagte, für Nichtigkeit zu plädieren, im Hinblick auf die Menge schizophrener Ehen, die nun eigentlich der Staatsanwalt alle annullieren lassen sollte, daß aber das Gericht dem Buchstaben und Geist des Gesetzes, wie der rein medi-

zinischen Auffassung entsprechend, die Ehe aufhob. Der Geist, der sich im Eherecht ausdrückt, durchweht das ganze Gesetz, das nicht eine paragraphenmäßige Regelung des Verkehrs von Menschen, die nun einmal nebeneinander hingestellt sind, anstrebt, sondern eine ethische und soziale Gemeinschaft konstituiert, deren Glieder aufeinander angewiesen sind, nicht existieren können ohne gegenseitigen Beistand, und es als selbstverständliche Pflicht betrachten einander zu helfen.

Das oberste Ziel des ZGB. sind nicht Schranken, sondern Fürsorge; deshalb bedarf es so sehr des den gleichen Weg gehenden Arztes. Inwieweit unsere sozialen, moralischen und intellektuellen Fähigkeiten dem Gesetze gewachsen sein werden, möchte ich noch nicht abschätzen; es ist selbstverständlich, daß der Praktiker gelegentlich seufzt über die schweren Anforderungen, die es an ihn stellt; aber das Ziel ist großer Anstrengungen wert, das Ziel der Regulierung des innern Lebens und der Erziehung zu einem vom Gefühl der Zusammengehörigkeit durchdrungenen Volke. Kein Stand ist so sehr berufen, mitzuhelfen, wie der ärztliche, ja ich bin überzeugt, wenn er nicht in erster Linie mithilft, wird sicher unerreichbar sein, was man wollte.

Der Begriff der Geisteskrankheit im Eherecht darf also nicht zu eng gefaßt werden. Ein Schizophrener ist nicht mehr heiratsfähig (Egger), auch wenn er noch so „mit Defekt geheilt" ist, und eine Heilung in medizinischem Sinne wird immer weniger konstatiert werden, weil sie ja in Wirklichkeit doch nicht existiert; denn gerade in der Beziehung, worauf es hier ankommt, im alltäglichen Verkehr mit dem Nächsten, machen sich die schizophrenen Eigentümlichkeiten latent Kranker am unangenehmsten bemerkbar. Eingeschlossen sind auch chronischer Alkoholismus, Morphinismus und selbstverständlich, obgleich sie nicht mehr ausdrücklich genannt ist, Geistesschwäche (Imbezillität und Debilität), sobald sie das Verständnis für die Aufgaben und die Pflichten der Ehe erheblich vermindert; dadurch, daß der Gesetzgeber den „Blödsinn" der früheren Bestimmung fallen ließ, wollte er gerade andeuten, daß er unter dem Ausdruck Geisteskrankheit alles zusammenfassen wollte, was sich als krankhaft auf dem Gebiete der Psyche erweist. Auch bloße moralische Idiotie fällt (nach Egger) unter diesen Begriff. Nicht aber können als Geisteskrankheiten im Sinne des Gesetzes gelten die Hysterie, die (Pseudo-)Neurasthenie und ähnliche Psychoneurosen, wenn sie nicht einen besonders hohen Grad erreicht haben. Dagegen sind auch heilbare Geisteskrankheiten von der Ehe ausgeschlossen („Submanien"!), und lucida Intervalla haben selbstverständlich keine Bedeutung, auch wenn in denselben vollkommene Geschäftsfähigkeit konstatiert würde. Man hatte sogar beantragt, auch hereditäre Belastung als Ehehindernis in das Gesetz aufzunehmen, aber wieder darauf verzichtet, weil leider die Wissenschaft noch lange nicht imstande ist, die Auslese in dieser Weise zu regulieren.

Zur Einsprache während der Verkündigungsfrist sind nach Egger auch die Ärzte berechtigt. Ich weiß aber nicht recht, wie man sich da mit dem ärztlichen Geheimnis abfinden kann. Natürlich sollte es so sein, wie Egger voraussetzt, aber die Offenbarung könnte dem Arzt in manchen Kantonen doch eine Strafe eintragen.

Ungültigkeit der Ehe.

Art. 120. Eine Ehe ist **nichtig:**

. . . . .

2. wenn zur Zeit der Eheschließung einer der Ehegatten geisteskrank oder aus einem dauernden Grunde nicht urteilsfähig ist.

. . . . . .

„Geisteskrank" ist natürlich im Sinne des Art. 97 gemeint.

„Aus einem dauernden Grunde nicht urteilsfähig": die Urteilsunfähigkeit kann vorübergehend sein (z. B. als Steigerung der Krankheit in Alkoholismus, Paranoia), aber die Ursache, die zugrunde liegende Krankheit oder Konstitution muß dauernd sein. Haben Urteilsunfähigkeit und ihre Ursache nur vorübergehend, gerade zur Zeit der Eheschließung bestanden, so ist keine Nichtigkeit, sondern nur Anfechtung möglich, d. h. wenn der urteilsunfähig gewesene Gatte die Ehe innerhalb bestimmter Zeit nicht anficht, so wird sie durch ihn sanktioniert.

Art. 123. Ein Ehegatte kann die Ehe anfechten, wenn er bei der Trauung aus einem vorübergehenden Grunde nicht urteilsfähig gewesen ist.

Art. 124. Ein Ehegatte kann die Ehe anfechten:

1. wenn er aus Irrtum sich hat trauen lassen, sei es, daß er die Trauhandlung selbst oder daß er die Trauung mit der angetrauten Person nicht gewollt hat,
2. wenn er zur Eheschließung bestimmt worden ist durch einen Irrtum über Eigenschaften des andern Ehegatten, die von solcher Bedeutung sind, daß ihm ohne ihr Vorhandensein die eheliche Gemeinschaft nicht zugemutet werden darf.

Unter den Eigenschaften der „Person" des andern Ehegatten sind vor allem die geistig sittlichen zu verstehen (Trunksucht, Arbeitsscheu, lasterhafter Lebenswandel, dauernde geistige Anomalien, gemeine oder verbrecherische Gesinnung; Nachweis von Päderastie). Der Irrtum kann sich aber auch auf körperliche Verhältnisse beziehen, sogar Schwangerschaft oder mangelnde Virginität betreffen, doch wird hier meistens Art. 125 in Anwendung kommen. Ob Sterilität ein Anfechtbarkeitsgrund ist, ist strittig, jedenfalls aber sind es Impotenz, Vaginismus, nach Egger auch Azoospermie. Andere Krankheiten können nur in Betracht kommen, wenn sie ernste Ansteckungs- oder Vererbungsgefahren mit sich bringen, oder wenn sie ekelerregend sind. Überstandene, aber sicher geheilte Geisteskrankheiten sollen keinen Anfechtungsgrund geben (ich glaube aber doch, daß die meisten Richter bei absichtlicher Verheimlichung manisch-depressiver Anfälle die Anfechtung gutheißen würden, besonders da die Krankheit in medizinischem Sinne nicht geheilt wird, sondern nur der einzelne Anfall vorübergeht). Bestehende venerische Krankheiten, auch tertiäre Syphilis, gelten nach Egger als Anfechtungsgründe. Das darf man allerdings nicht zu rigoros nehmen, denn dann könnte man die meisten Paralytikerehen noch in späteren Jahren anfechten, weil die Patienten zur Zeit der Eheschließung an Lues litten.

Nach Egger hat der kranke Ehekandidat die Pflicht, dem anderen Teil von seiner Krankheit Mitteilung zu machen, sobald die Krankheit einen Anfechtungsgrund bedingen könnte. Egger bejaht auch die Frage, ob der Arzt des kranken Kandidaten das Recht habe, den gesunden zu warnen; jedenfalls ist es eine gewisse moralische Pflicht; das Recht ist aber nirgends gewährleistet, ohne daß eine Bestrafung riskiert werden muß, und in den Kantonen, wo striktes ärztliches Geheimnis gefordert wird, ist die Offenbarung jetzt noch strafbar (hoffentlich schafft ein eidgenössisches Strafgesetz bald Klarheit).

Scheidung.

Art. 141. Ist ein Ehegatte in einen solchen Zustand von Geisteskrankheit verfallen, daß dem andern die Fortsetzung der ehelichen Gemeinschaft nicht zugemutet werden darf, und wird die Krankheit nach dreijähriger Dauer von Sachverständigen für unheilbar erklärt, so kann der andere Ehegatte jederzeit auf Scheidung klagen.

„Geisteskrankheit" bezeichnet den medizinischen Begriff (natürlich fallen angeborene Geistesstörungen weg, weil dann die Ehe nichtig ist). Inbegriffen

sind also z. B. manisch-depressives Irresein, epileptischer Schwachsinn, nicht aber epileptische Anfälle, hochgradige hysterische Alteration, und nicht Trunksucht, die von Art. 142 gefaßt wird. Der Grad wird viel weiter bestimmt als im deutschen Gesetzbuch. Was unter dem Ausdruck, „daß dem andern die Fortsetzung der ehelichen Gemeinschaft nicht zugemutet werden kann“, zu verstehen ist, läßt sich nicht definieren und ist abhängig von den lokalen und sozialen Anschauungen. Der Arzt hat gegebenenfalls in seinem Gutachten die Gründe genau auseinanderzusetzen, warum seiner Meinung nach diese Bestimmung zutrifft oder nicht zutrifft, denn der Richter hat nicht nur in bezug auf das Bestehen der Krankheit, sondern auch in bezug auf deren Grad mit Hilfe des Gutachtens zu entscheiden. Sie trifft zu, wenn das eheliche Verhältnis durch die Krankheit „tief zerrüttet“ (Art. 142) ist. Besonders das Gefühlsleben verdient „mit Rücksicht auf das Wesen der Ehe volle Beachtung. Die Fortsetzung der Ehe darf dem andern Ehegatten nicht mehr zugemutet werden, wenn der Erkrankte einer natürlichen warmen Anteilnahme am Empfindungsleben des andern nicht mehr fähig ist“ (EGGER). Namentlich ist auch das sittliche Empfinden zu werten. Einigermaßen ausgesprochene Schizophrenie ist also nach dreijähriger Dauer fast immer ein ausschlaggebender Scheidungsgrund.

Die dreijährige Dauer bestimmt sich wie nach deutschem Recht (S. 481).

Die „Unheilbarkeit“. Es wird Ausschluß der Wiederherstellung der Gesundheit, nicht Ausschluß der Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft verlangt. Darin drückt sich auch wieder die viel weiter gehende Scheidungsmöglichkeit gegenüber dem BGB. aus. Vom Arzt ist diese Frage viel leichter zu beantworten als die entsprechende nach deutschem Recht. Lucida intervalla oder überhaupt Wiederherstellungsmöglichkeit der ehelichen Gemeinschaft in irgend einem Sinne ohne Heilung der Krankheit kommen nicht in Betracht. Für die Beurteilung der häufigsten Fälle von Geisteskrankheit, der Dementia praecox, ist das sehr wichtig.

Bei bestehender Geisteskrankheit wird wohl immer Scheidung und nicht bloße Trennung (Art. 146 und 147) in Frage kommen (Trennung ist Aufhebung des Zusammenlebens, ohne die übrigen rechtlichen Folgen der Scheidung[1]).

Geschiedene Ehegatten sind in der Schweiz einander gegenüber nicht mehr zu Unterstützung verpflichtet. Daraus entsteht ein besonders häufiger Scheidungsgrund, der Wegfall der Verpflichtung, das Kostgeld in der Irrenanstalt zu bezahlen. So bedauerlich das oft ist, so sind die Vorteile der Bestimmung im allgemeinen doch wohl größer. Immerhin kann nach Art. 152 das Gericht unter Umständen einen Unterhaltsbeitrag statuieren.

c) Fürsorge.

Schweizerisches Recht.

Außer den in den Abschnitten über Vormundschaft und Ehe niedergelegten Grundsätzen zeigt sich der Fürsorgecharakter des ZGB. besonders in den Artikeln betreffend die Kinder. Das Gesetz statuiert eine öffentliche Aufsichtspflicht über die Erziehung aller Kinder und verlangt, daß die Gemeinschaft für geistig zurückgebliebene und uneheliche so weit als möglich sorge. Es ver-

[1]) Im österreichischen AbGB. ist die Bedeutung der Ausdrücke Scheidung und Trennung die umgekehrte.

langt, daß die sittliche Erziehung aller Kinder gewährleistet sei, und daß ihre Fähigkeiten, so weit die Umstände irgend erlauben, entwickelt werden. Es verlangt vor allem auch einen möglichsten Schutz gegen ungenügende Erziehung durch schlechte Eltern und gegen Mißhandlung.

Die Erziehung im allgemeinen betreffen die Artikel 275, 276. Genügen die Eltern den Anforderungen nicht, so treten die Art. 283, 284, 285 und 289, ferner 290, 3, 297 und 171 in Kraft. Die Verhältnisse der Außerehelichen suchen die Artikel 307, 308, 311, 319, 321, 323 erträglich zu gestalten. Für Korrektion von erziehungsfähigen aber nicht gut erzogenen Leuten im Mündigkeitsalter sorgt Artikel 406.

Die Ausführung ist den Kantonen überlassen. Viele derselben (so Zürich), statuieren in ihren Einführungsgesetzen eine weitgehende Anzeigepflicht von Beamten gegenüber Kindermißhandlungen oder schlechter Erziehung, und bei Unterlassung in gewisser Beziehung sogar Schadenersatzpflicht. Anzeigeberechtigt ist jedermann. Es macht sich von selbst und ist in einigen Einführungsgesetzen direkt gefordert, daß der Arzt sehr häufig nicht nur der Anzeigende ist, sondern auch der Berater der Waisenbehörden. Diese wichtige Aufgabe kann er aber nur erfüllen, wenn er sich die Mühe nimmt, nicht nur die äußeren Verhältnisse, sondern auch die Psyche der in Betracht kommenden Kinder genau zu studieren, eventuell wird ihm der Spezialist, z. B. in der psychiatrischen Poliklinik, behilflich sein.

Das Studium der betreffenden Artikel sei dem Schweizerarzt dringend empfohlen. (Vgl. den Kommentar Egger und die Dissertation Pictet: Die Bedeutung des schweizerischen Zivilgesetzbuches für die ärztliche Tätigkeit, spez. die Fürsorge usw., Zürich 1912.)

d) Testierfähigkeit.

Deutsches Recht.

§ 2229. Wer in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, bedarf zur Errichtung eines Testamentes nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

Ein Minderjähriger kann ein Testament erst errichten, wenn er das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat.

Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

Die Bestimmung bedarf kaum der Erläuterung. Wegen Geisteskrankheit Entmündigte sind in dem Paragraphen nicht erwähnt, können aber schon a potiori nicht testieren; ferner gelten die allgemeinen Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit, 104,2 und 105 II. Da der Entmündigte nicht testierfähig ist, so lange die Entmündigung dauert, haben lichte Momente, ja Heilung der Krankheit vor Aufhebung der Entmündigung keinen Einfluß. Der wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigte kann ein Testament zwar nicht aufstellen, aber widerrufen.

Natürlich kann ein Testament angefochten werden, wenn der Nachweis zu leisten ist, daß der Erblasser zur Zeit der Abfassung desselben wegen Geisteskrankheit nicht geschäftsfähig war.

Bei der Begutachtung ist eine erhebliche geistige Störung nachzuweisen. Entspricht das Testament nicht den bekannten sonstigen Ansichten des Erblassers, so wird man ceteris paribus viel eher geneigt sein, es zu entkräften, als wenn man es einfach als die Ausführung eines schon im gesunden Zustande

gefaßten Entschlusses ansehen kann. Findet man krankhafte Motive, Wahnideen oder Beeinflussung, die auf krankhafte Suggestibilität zurückzuführen ist, so wird ja die Entscheidung leicht.

Viel häufiger als sonst geben hier Handschrift, Orthographie und Stil des kritischen Aktenstückes Anhaltspunkte.

Schweizerisches Recht.

Art. 467. Wer urteilsfähig ist und das achtzehnte Altersjahr zurückgelegt hat, ist befugt, unter Beobachtung der gesetzlichen Schranken und Formen über sein Vermögen letztwillig zu verfügen.

Die Festsetzung des achtzehnten Jahres als Grenze der Testiermündigkeit beweist, daß der Gesetzgeber hier einen geringeren Grad von Urteilsfähigkeit verlangt als bei manchen anderen Rechtsgeschäften oder der Handlungsfähigkeit überhaupt. Bevormundung wegen Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandels, gefährlicher Art der Vermögensverwaltung macht an sich nicht testierunfähig. Dagegen setzt die Tatsache der Entmündigung wegen Geistesschwäche und Geisteskrankheit die Präsumption, nicht aber den Beweis, daß die Urteilsfähigkeit ungenügend sei. Der Geisteskranke kann gültig testieren, wenn nachgewiesen ist, daß er in bezug auf das Testament urteilsfähig war. Der Experte hat in solchen Fällen nachzuweisen, daß die Handlung aus normalen Motiven entspringt und speziell den Absichten und Ansichten des Exploranden zu seiner gesunden Zeit entspricht. In allen anderen Fällen gelten die allgemeinen Bestimmungen über die Urteilsfähigkeit.

e) Deliktfähigkeit.

Deutsches Recht.

§ 827. Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem Andern Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.

§ 828. Wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat, ist für einen Schaden, den er einem Andern zufügt, nicht verantwortlich.

Wer das siebente, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, ist für einen Schaden, den er einem Andern zufügt, nicht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat. Das gleiche gilt von einem Taubstummen.

§ 832. Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt.

Die drei Paragraphen sind leicht verständlich. Der Psychiater wird selten zugezogen werden. Nur muß man daran denken, daß in dem Gesetz auf die Entmündigung keine Rücksicht genommen wird; wer z. B. wegen Trunksucht entmündigt ist, wird meistens deliktfähig sein, da er die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht noch besitzt, und man auch

annimmt, er sei imstande, nach dieser Einsicht zu handeln. Auch manche Geisteskranke und namentlich Geistesschwache, die bevormundet sind, können entschädigungspflichtig werden.

Schweizerisches Recht.

Art. 18. Wer nicht urteilsfähig ist, vermag unter Vorbehalt der gesetzlichen Ausnahmen durch seine Handlungen keine rechtliche Wirkung herbeizuführen.

Hierdurch ist im Prinzip die Deliktunfähigkeit aller urteilsunfähigen Personen statuiert. Die Urteilsunfähigkeit ist wieder eine relative in bezug auf die rechtswidrige Schädigung.

Das Prinzip wird aber durchbrochen zunächst durch Art. 333:

Verursacht ein unmündiger oder entmündigter, ein geistesschwacher oder geisteskranker Hausgenosse einen Schaden, so ist das Familienhaupt dafür haftbar, insofern es nicht darzutun vermag, daß es das übliche und durch die Umstände gebotene Maß von Sorgfalt in der Beaufsichtigung beobachtet hat.

Das Familienhaupt ist verpflichtet, dafür zu sorgen, daß aus dem Zustande eines geisteskranken oder geistesschwachen Hausgenossen weder für diesen selbst noch für Andere Gefahr oder Schaden erwächst.

Nötigenfalls soll es bei der zuständigen Behörde zwecks Anordnung der erforderlichen Vorkehrungen Anzeige machen.

Das Familienhaupt (resp. der Arzt, der Pfleger, der den Patienten zu beaufsichtigen hat) ist zu Schadenersatz verpflichtet, so lange er nicht nachweisen kann, daß ihn nach den üblichen Anschauungen kein Verschulden trifft. Dieser Artikel hat für Ärzte, die Geisteskranke aufnehmen, Bedeutung; auch macht er dem Hausarzt indirekt zur Pflicht, die Angehörigen von gefährlichen Geisteskranken auf die Konsequenzen aufmerksam zu machen.

Eine weitere Ausnahme, die den urteilsunfähigen Täter selbst betrifft, begründet der Art. 54 Obligationenrecht:

Aus Billigkeit kann der Richter auch eine nicht urteilsfähige Person, die Schaden verursacht hat, zu teilweisem oder vollständigem Ersatze verurteilen.

Hat jemand vorübergehend die Urteilsfähigkeit verloren und in diesem Zustand Schaden angerichtet, so ist er hierfür ersatzpflichtig, wenn er nicht nachweist, daß dieser Zustand ohne sein Verschulden eingetreten ist.

Das erste Alinea bezieht sich auf den Geisteskranken, das zweite vor allem auf den Berauschten, eventuell auf den Dämmerigen und ähnliche Abnorme.

3. Aus dem österreichischen Recht.[1]

Aus den österreichischen Gesetzen spricht ein ganz anderer Geist als aus den deutschen oder gar schweizerischen Rechtsanschauungen. Deshalb wurde die Besprechung von den anderen getrennt.

a) Strafrecht.[2]

Das giltige österreichische Strafrecht wird zwar mit dem Datum 1852 versehen, stammt aber in allem Wesentlichen aus dem Jahre 1803. Da ist es nur selbstverständlich, daß es in unsere Denkweise nicht mehr hineinpaßt. Dieser Gegensatz zu den heutigen Anschauungen und den praktischen Bedürfnissen wird durch höchst sonderbare doktrinäre Auslegungen des obersten

---

[1]) Bischoff, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen. Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1912, und Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, herausgegeben von Dittrich, VIII. Bd. Braumüller, Wien und Leipzig 1908.

[2]) Österreichisches Strafgesetz. Manzsche Gesetzausausgabe. 22. Auflage. Manzsche Buchhandlung, Wien 1912.

Gerichtshofes noch verschärft, glücklicherweise aber durch die Praxis vernünftiger Richter und auch durch einige Ministerialverfügungen, soweit es eben möglich ist, unschädlich gemacht. Daß unter diesen Umständen auch die Gutachtenpraxis von Gericht zu Gericht und von Gutachter zu Gutachter mehr schwankt als gut ist, kann nicht wundernehmen.

§ 1. Zu einem Verbrechen wird böser Vorsatz erfordert....

§ 2. Daher wird die Handlung oder Unterlassung nicht als Verbrechen zugerechnet:

a) wenn der Täter des Gebrauchs der Vernunft ganz beraubt ist;

b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnenverrückung zu der Zeit, da die Verrückung dauerte; oder

c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung (§§ 236 und 523) oder einer anderen Sinnenverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;

d) wenn der Täter noch das vierzehnte Jahr nicht zurückgelegt hat (§§ 237 und 269):

e) wenn ein solcher Irrtum mit unterlief, der ein Verbrechen in der Handlung nicht erkennen ließ;

f) wenn das Übel aus Zufall, Nachlässigkeit oder Unwissenheit der Folgen der Handlung entstanden ist;

g) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang, oder in Ausübung gerechter Notwehr erfolgte.

Da von Krankheit hier nicht die Rede ist, schließt der Paragraph auch Zustände ein, die nicht als krankhaft gelten, wie Schlaftrunkenheit und sogar Denkstörungen infolge höchstgradiger Affekte. Selbstverständlich aber sind die darin bezeichneten Zustände in erster Linie Geisteskrankheiten im engeren Sinne, inkl. höhere Grade von Oligophrenie. Der Zustand „zur Zeit der Tat" ist ganz im allgemeinen, nicht in bezug auf die Straftat zu beurteilen; deshalb ist nur totale Unzurechnungsfähigkeit für alle während des abnormen Zustandes begangenen Handlungen, nicht aber eine partielle, die nur einzelne Handlungen betrifft, möglich. Es kann also der nämliche Delinquent nicht wohl für einen Betrug, dessen Bedeutung er nicht zu erfassen vermochte, unzurechnungsfähig und für Diebstähle, denen gegenüber er die volle Einsicht hat, zurechnungsfähig erklärt werden. Ein kausaler Zusammenhang des Verbrechens mit der abnormen Geistestätigkeit ist nicht nötig, so daß z. B. Paranoia, die schon längst nicht mehr als eine partielle Psychose gilt, für alle in der Krankheit begangenen Verbrechen Straflosigkeit bedingt. Die Einzelbestimmungen in a, b und c sollen nach manchen nur die Verstandestätigkeit, nicht die Affektivität mit dem Willen treffen; natürlich wäre das eine der ganz schlimmen Schwächen des Gesetzes. Doch gibt es auch Rechtslehrer und Praktiker, die affektive Abnormitäten und Ursachen gelten lassen, wenigstens wenn sie im Sinne von Al. b und c zu Sinnesverrückung und Sinnesverwirrung führen.

In Alinea a ist „Vernunft" im vulgären Sinne gemeint, als „Gesamttätigkeit eines gesunden Intellekts" (v. Soelder)[1]. „Gebrauch der Vernunft" meint nach den einen dasselbe, nach andern ist es ein weiterer Begriff, so daß man hier schwerere Fälle von Affektstörungen, die trotz vorhandener Vernunft die Überlegung unmöglich machen, mit einbeziehen könne[2]) — jedenfalls aber nur dauernde, denn der Gegensatz des nächsten Alinea und das Präsens „ist" hat nur dann einen Sinn, wenn die Bestimmung a nur für andauernde Krankheiten gilt. Das „ganz" will die hier allein betroffenen schweren

[1]) In Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. VIII. Bd. Braumüller, Wien und Leipzig 1908.

[2]) Jedenfalls hat der Richter, nicht der Arzt, zu beurteilen, ob eine schwere Affektstörung unter a einbezogen werden könne. Aber der Begutachter hat ihm das tatsächliche Material, den Nachweis der Affektstörung zu liefern — wenn er überhaupt angerufen wird.

Störungen von den leichteren, die höchstens als mildernde Umstände zur Geltung kommen können, abgrenzen[1]). Man darf es natürlich nicht zu rigoros auffassen, weil es ja nur wenige Geisteskranke gibt, die nie etwas Richtiges sagen oder denken. Jede ausgesprochene Geisteskrankheit beraubt den Täter im Sinne dieses Paragraphen „ganz des Gebrauches der Vernunft", so daß auch der Notwendigkeit Rechnung getragen ist, Kranke als unzurechnungsfähig zu erklären, die wie die Paranoiker auf vielen Gebieten logisch zu denken und zu handeln fähig sind. Die dem Gesetz, das natürlich an diese Fälle nicht gedacht hat, entsprechende Formel zur Bezeichnung der Verhältnisse bei Paranoia wäre etwa: „der Mangel an Vernunftgebrauch ist für gewisse Handlungen sichergestellt, für alle andern nicht auszuschließen. Dieser Sachlage entspricht wohl eine Verneinung des Vernunftgebrauches überhaupt" (v. Soelder).

Die „Sinnesverrückung" des Alinea b meint auch eine Alteration der Vernunft wie a, will aber die vorübergehenden Zustände besonders hervorheben. Die graduelle Abgrenzung der Vernunftstörung ist natürlich die gleiche wie bei der vorigen Bestimmung.

Alinea c „volle Berauschung oder eine andere Sinnesverwirrung"[2]) meint wieder eine Störung der „Vernunft", regelt aber den Rausch noch besonders, der im Prinzip kein Alkoholrausch sein muß. Die geistige Störung wird hier, wo die Auffassung innert maximaler Grenzen schwankt, zu definieren versucht, aber unglücklicherweise mit dem Ausdruck „seiner Handlungen nicht bewußt". Eine volle Aufhebung des Bewußtseins wird zwar durch die Formel nicht gefordert, aber schon eine einzelne Handlung, „deren man sich nicht bewußt ist", wird in Wirklichkeit kaum vorkommen. Auch der schwer Berauschte handelt bewußt unter irgend einer Vorstellung, einem Affekt — der Unsinn der Tat oder die nachfolgende Amnesie beweisen durchaus nicht eine Bewußtlosigkeit im kritischen Moment; ist doch auch im Dämmerzustand des Epileptikers das Bewußtsein niemals aufgehoben, obgleich die Patienten unsinnig handeln und nachher nichts mehr davon wissen. Wenn man nur annehmen muß, daß der Verbrecher unter einer Illusion gehandelt hat, ja, „wenn der Zusammenhang zwischen Motivierung der Handlung und dem habituellen Bewußtsein des Täters fehlt", liegen die Voraussetzungen dieser Bestimmung vor; selbstverständlich ebenso bei jedem pathologischen Rausch. Lähmungserscheinungen als Kriterium der Volltrunkenheit zu nehmen, ist sehr gewagt, weil gerade die krankhaften Rauschverbrechen besonders häufig Zuständen ohne motorische Symptome entspringen. Dagegen wird man sich bei der hier üblichen Unzuverlässigkeit der Zeugenaussagen nicht scheuen dürfen, auch das Vorleben des Verbrechers nach seiner habituellen Alkoholreaktion (qualitativ und quantitativ) zu durchforschen und eventuell die Resultate zur Stütze des Gutachtens mit zu verwenden. Die Frage nach dem Bestehen von Volltrunkenheit entscheidet meistens der Richter. Manche Begutachter lehnen, wenn sie ihnen gestellt wird, die Beantwortung ab. — Übertriebener Affekt kann eine „Sinnesverwirrung" nach § 2c nur dann begründen, wenn sie eine volle Bewußtseinsstörung bedingt.

---

[1]) Einzelne beziehen das „ganz" bloß auf die Dauer, was gewiß nicht im Sinne des Gesetzgebers ist; andere glauben damit Umfang *und* Dauer der Vernunftlosigkeit bezeichnet, was unnütz ist.

[2]) Der Unterschied zwischen Sinnesverrückung und Sinnesverwirrung ist, wenn er überhaupt je definierbar war, heute ein unklarer, weshalb der Richter meist nach b und c zugleich frägt.

§ 273. Für wahn- oder blödsinnig kann nur derjenige gehalten werden, welcher nach genauer Erforschung seines Betragens und nach Einvernehmung der von dem Gerichte ebenfalls dazu verordneten Ärzte gerichtlich dafür erklärt wird....

Unter den „Rasenden, Wahnsinnigen und Blödsinnigen" des § 21 sind natürlich die Geisteskranken inkl. die ausgesprochen Oligophrenen des modernen Sprachgebrauches verstanden.

„Ihre" Angelegenheiten bestimmt wieder wie in den andern Gesetzen ein relatives Verhältnis; der Großkaufmann bedarf mehr geistiger Kräfte zur Besorgung seiner Angelegenheiten als der Handlanger, ist also schon bei geringerer Störung zu entmündigen.

„Angelegenheiten" sind im nämlichen Sinne gemeint wie im deutschen Gesetze, betreffen also sowohl Vermögen wie irgend welche andern Verhältnisse, namentlich auch die persönlichen Bedürfnisse, Pflege in Krankheit usw.

Nicht ausdrücklich im Gesetz erwähnt, aber selbstverständlich ist es, daß nur andauernde (d. h. nicht in absehbarer Zeit vorübergehende) Geistesgebrechen gemeint sind.

„Wenn die väterliche (§ 173) oder vormundschaftliche (§ 251) Gewalt nicht Platz findet": bei vor dem Mündigkeitsalter handlungsunfähig gewordenen Patienten tritt meist nicht Kuratel, sondern Verlängerung der väterlichen oder amtlichen Vormundschaft ein. Hierbei wird der Arzt zuweilen befragt.

Taubstumme sind natürlich nur dann handlungsunfähig, wenn sie gar nicht gebildet worden sind oder neben ihrem Sinnesdefekt auch noch einen erheblichen geistigen Mangel haben (§ 275).

Alle diese Bestimmungen sind entsprechend der Zeit, der sie entsprungen, in für uns Moderne sehr restriktivem Sinne gemeint, und die Auslegungen des obersten Gerichtshofes gehen in der Verhinderung der Kuratel sehr weit. So weit, daß es ohne große Unzukömmlichkeiten gar nicht möglich ist, ihnen konsequent zu folgen. So ist einmal festgelegt worden, daß „nur wenn die Einsicht in die Folgen der Handlungen gänzlich versagt sei, und wenn feststehe, daß ein ausnahmsweiser Schutz zur Wahrung der Rechte im allgemeinen oder zur Verwaltung des Vermögens notwendig sei, die materiellen Voraussetzungen der Entmündigung als vorhanden angenommen werden können"[1]).

Genau genommen müßte da ein großer Teil der rechtmäßig eingesperrten Insassen von Irrenanstalten ihre Angelegenheiten noch selbst besorgen. Ein Paranoiker könnte niemals entmündigt werden. Von Querulanten wird ausdrücklich erwähnt, daß sie nicht entmündigt werden sollen; doch hört man auch andere Ansichten, und selbstverständlich kann diese unglückliche und aus dem Gesetz gar nicht hervorgehende Auslegung nur die von uns als paranoisch bezeichneten Querulanten betreffen; betätigt sich ein ausgesprochener Schizophrene vorwiegend im Querulieren, so gibt ihm das keinen Schutz vor Bevormundung.

Auch Gemeingefährlichkeit oder Trunksucht geben keinen Bevormundungsgrund ab, wenn nicht die begleitende Geisteskrankheit sonstwie ein Einschreiten nötig macht.

Das Entmündigungsverfahren enthält wenig, was der Begutachter notwendig zum voraus wissen muß. Antrag stellen kann jedermann; wenn aber das Gericht den Antrag ablehnt, so riskiert der Antragsteller, daß er die Kosten und eventuell noch Schadenersatz bezahlen muß (Jurist. Bl. Nr. 13 ex 06. DITTRICH S. 406).

---

[1]) Entsch. 26. XI. 89, Nr. 13241, in DITTRICHs Handbuch der ärztl. Sachverständigentätigkeit Bd. VIII, S. 390. Braumüller, Wien und Leipzig 1908.

In dringenden Fällen ist auch eine provisorische Kuratel möglich, die mit den notwendigen Wirkungen sogleich in Kraft tritt.

Die ärztliche Untersuchung hat vorschriftsgemäß „unter Intervention und unter Leitung des Gerichtskommissärs"[1]) zu geschehen. Wenn der Gutachter vorher alle notwendigen Erhebungen, wenn nötig mit Hilfe des Gerichtes, gemacht hat, so genügt das wirklich für viele Fälle. Oft aber wird der gewissenhafte Arzt, gestützt auf eine solche flüchtige Untersuchung, kein Gutachten abgeben wollen, und da wird ihm das Gericht die Möglichkeit an die Hand geben, den Exploranden mehr zu sehen; ist doch für schwierigere Fälle eine Beobachtung in der Anstalt durchaus notwendig und oft durchführbar.

Die wesentlichen Folgen der Entmündigung sind die nämlichen wie in andern Ländern. Der unter Kuratel Gestellte ist allgemein handlungsunfähig, und zwar auch, wenn er ein lucidum intervallum durchmacht, oder wenn er wieder genesen ist, so lange als die Entmündigung nicht aufgehoben ist (Ausnahme siehe Testierfähigkeit). Zu erwähnen ist noch etwa, daß ein Entmündigter nur durch einen Beschluß des zuständigen Gerichtes in eine Irrenanstalt interniert werden kann (Dringlichkeit macht natürlich oft einen Strich durch eine so strikte Auslegung des § 233).

Die Aufhebung der Kuratel stützt sich wieder auf ein Gutachten von mindestens zwei vom Gericht bezeichneten Ärzten (§ 283).

Eherecht.

§ 48. Rasende, Wahnsinnige, Blödsinnige und Unmündige sind außerstande, einen gültigen Ehevertrag zu errichten.

Die **Ehefähigkeit** wird zwar hier nur als eine Art Vertragsfähigkeit behandelt, und das entspricht dem ganzen Gesetze; dennoch wird vernünftigerweise, wenn auch nicht ganz unbestritten, angenommen, daß ausgesprochen Geisteskranke im Sinne dieses Gesetzes auch in luziden Intervallen zur Eingehung einer Ehe nicht fähig seien. Andere Hindernisse decken sich mit der Handlungsunfähigkeit oder berühren den Arzt nicht.

Auch die **Ungültigkeitserklärung** (Nichtigkeitserklärung) betrifft in Österreich die psychiatrische Tätigkeit sehr wenig. Natürlich kann die Handlungsfähigkeit, resp. die geistige Gesundheit zur Zeit des Ehevertrages in Frage kommen, was dann nach den allgemeinen Grundsätzen zu behandeln ist.

Außer der Ungültigkeit kennt das AbGB. noch die **Trennung** und die **Scheidung.** Die Trennung entspricht dem, was in andern Ländern Scheidung genannt wird; die österreichische Scheidung ist eine Scheidung von Tisch und Bett.

Für Scheidung ist Geisteskrankheit an sich kein Grund; sie kann aber mittelbar Ursache zur Entstehung eines Scheidungsgrundes werden, z. B. wenn der kranke Gatte den andern mißhandelt. Die gültige Ehe von Katholiken kann nur der Tod trennen. Altkatholische Ehegatten können dagegen gerichtlich getrennt werden; Geisteskrankheit ist aber kein Trennungsgrund, so daß der Psychiater auch hier nicht zugezogen wird.

Die Testierfähigkeit.

§ 566. Wird bewiesen, daß die Erklärung im Zustande der Raserei, des Wahnsinnes, Blödsinnes oder der Trunkenheit geschehen sei; so ist sie ungültig.

Minderjährige vom zurückgelegten 18. Jahre an können ohne weitere Einschränkung testieren; sogar vom angetretenen 15. Jahre an können sie ein

[1]) DITTRICH, S. 395.

Testament errichten, wenn auch nur ein mündliches, wobei das Gericht sich zu überzeugen hat, „daß die Erklärung frei und mit Überlegung geschehe" (§ 569). Daraus ist zu ersehen, daß im österreichischen Recht noch mehr als im deutschen und schweizerischen geringere Anforderungen an die Testierfähigkeit gestellt werden als an die sonstige Handlungsfähigkeit. Das mag bei leichter Geisteskranken wichtig sein. Paralytiker in einigermaßen ausgesprochener Remission können testieren, auch ausgesprochen Schwachsinnige, sofern sie nur Konstanz des Willens besitzen und die Bedeutung ihres letzten Willens ermessen. Ferner kann ein unter Kuratel gestellter Geisteskranker ein gültiges Testament errichten, wenn nachgewiesen wird, daß er im kritischen Moment „bei voller Besonnenheit gewesen sei" (§ 567). Diese volle Besonnenheit wird sich namentlich auf das Verständnis der Tragweite des Testamentes beziehen. Es kann nicht, wie im Anschluß an § 21 gesagt wurde, bloß die Einsicht in die Folgen ausschlaggebend sein; die Motive müssen auch in Betracht gezogen werden, sonst bliebe das Testament eines Paranoikers, der aus Verfolgungswahn seine Angehörigen enterbt, gültig.

Die Deliktfähigkeit.

(1308 bis 1310.) Geisteskranke sind im Prinzip nicht deliktfähig. Doch können sie schadenersatzpflichtig erklärt werden „mit Rücksicht auf das Vermögen des Beschädigers und des Beschädigten". Regelmäßig dagegen sind haftbar diejenigen, denen die Überwachung der Kranken obliegt, wenn sie sich einer Nachlässigkeit schuldig gemacht haben.

Die Aussagepflicht des Arztes.

In Österreich ist der Arzt sehr weitgehend zeugnispflichtig sowohl im Straf- wie im Zivilverfahren, auch bei Entmündigungen. Nur wenn er durch seine Aussage persönliche Nachteile zu befürchten hat, darf er schweigen. Nicht genug zu verurteilen ist, daß auch die Krankengeschichten abverlangt werden können. Man überlege sich also, was man hineinschreibt. Wenn das bei uns so wäre, würde ich dafür sorgen, daß überhaupt nichts hineinkäme. Natürlich ist es etwas ganz anderes, wenn der ärztliche Begutachter Einsicht in die Krankengeschichte bekommt, als wenn diese in die Akten und damit in beliebige Hände gerät. Der Arzt weiß, was er daraus verwenden soll, und wird nicht aus Bemerkungen über Heredität, die unter ganz bestimmten Voraussetzungen gegeben und notiert wurden und in der Regel für die eigentliche Frage bedeutungslos sind, eine Skandalaffäre oder eine Querulierorei machen.

4. Die Gutachtentätigkeit.

Gewinnung des Materials. Der Begutachter darf sich die Mühe niemals verdrießen lassen, so viel Material als möglich oder als notwendig zu einem sicheren Urteil ist, zusammen zu bringen. Eine gute Anamnese ist für viele Fälle unerläßlich. Da heißt es Zeugen einvernehmen. Dabei kommt es nicht nur darauf an, was man frägt, sondern auch, wie man frägt, und nicht zum wenigsten, wie sich die Zeugen zum Arzt stellen. In einem schweizerischen Kanton haben die beamteten Ärzte in amtlichen Gutachtensachen ausdrücklich die gleiche Befugnis zur Zeugeneinvernahme wie Gerichtspersonen, so daß ihnen gegenüber gemachte falsche Aussagen bestraft werden. In Bevor-

mundungssachen geben die Einführungsgesetze oft die Möglichkeit zu gerichtlich sanktionierten Zeugenaussagen; so kann im Kanton Zürich der Begutachter vom Statthalteramt mit oder ohne seine Assistenz die Einvernahme der Zeugen verlangen. In Strafsachen wird, wenn nötig, der Richter dem Experten Gelegenheit geben, in richterlicher Form Zeugenaussagen zu bekommen, resp. die Zeugen selber zu befragen. Da, wo der Arzt die Zeugen einvernimmt, tut er gut, dieselben wenigstens darauf aufmerksam zu machen, daß es sich um eine gerichtliche Sache handle, so daß sie Unannehmlichkeiten bekommen könnten, wenn sie die Unwahrheit sagen. Wo es der Fall ist (für Bevormundungssachen z. B. im Kanton Zürich laut Einführungsgesetz) wird man ihnen auch sagen, daß sie verpflichtet seien, auf die Fragen nach bestem Wissen zu antworten. Man vergesse aber nicht, daß die meisten Zeugen Partei sind oder Partei genommen haben, und sei vorsichtig.

Besonders wertvoll ist objektives Material, namentlich Schriftstücke, die nicht im Hinblick auf den Prozeß verfaßt worden sein können. Benutzt man Akten und Krankengeschichten, so unterlasse man nicht, ihren Wert zu prüfen. Verhöre durch den Richter entsprechen selten den psychiatrischen Forderungen; auch ist die übliche Protokollierung eine sehr freie und enthält die Auffassung des Gerichtsschreibers und nicht die des Aussagenden gerade in den Dingen, die für uns wichtig sind. Krankengeschichten werden in den Anstalten sehr oft von Anfängern geschrieben; man muß es verstehen, aus ihnen das tatsächliche Material herauszuholen.

In den meisten Fällen ist das Benehmen des Explorander nicht bloß während der kritischen Zeit wichtig, sondern auch vorher und nachher, was oft vergessen wird (z. B. auch das Benehmen bei der Verhaftung und in der Haft).

Die kritische Handlung kann sowohl in Straffällen wie in Zivilsachen so unsinnig oder so sehr in Widerspruch mit dem sonstigen Denken des Exploranden sein, daß man sie selbst als Beweismaterial mitbenutzen kann.

Die Hauptsache nun aber ist die gute Untersuchung. Man hüte sich, gerichtliche Meinungsäußerung abzugeben, ohne den Kranken selbst gesehen und genau untersucht zu haben. Ausnahmen müssen ganz besonders begründet sein, z. B. wenn bei einem Testamentsprozeß der Explorand bereits tot ist; man kann höchstens einmal ein Zeugnis zur Einleitung der Vormundschaft, kaum aber ein Bevormundungsgutachten auf Grund von Schriften des Exploranden, z. B. seinen Geschäftsbüchern, abgeben, und auch dann nur unter ausdrücklicher Angabe des Materials und der fehlenden Beobachtung des Exploranden und deren Tragweite. Weiter zu gehen ist gewöhnlich vom Übel und rächt sich sehr leicht.

Bei der Untersuchung wird man darnach streben, einen vollen Status des Menschen auf körperlichem und geistigem Gebiet zu bekommen, also eine richtige körperliche Untersuchung durchführen, beginnend mit Inspektion und aufhörend mit den innern Organen. Immerhin cum grano salis: Wenn eine Dementia praecox oder eine Idiotie ohne weiteres nachgewiesen ist, wird man seine Zeit und die Geduld des Patienten nicht genauen Sensibilitätsprüfungen opfern; die Aufzählung einzelner Degenerationszeichen hat nur selten Wert. Dagegen ist, auch wenn ein Wahngebäude, eine Zwangsidee, eine Melancholie sicher ist, unter allen Umständen ein Bild über die psychischen Hauptfunktionen: Orientierung, Gedächtnis, Affektivität, Denkfähigkeit und Assoziationen, Intelligenz zu gewinnen; nur so ist man vor nachträglichen Über-

raschungen sicher. Ein Mittel, das man niemals versäumen sollte, wo die Gelegenheit es erlaubt, ist der Auftrag, eine kurze Lebensgeschichte zu schreiben, den man unter Umständen zweimal gibt, um das Gedächtnis, die Aufrichtigkeit und andere Eigenschaften zu prüfen.

Überhaupt begnüge man sich niemals mit einem Spezialbefund, auch wenn er alles zu erklären scheint; ein Syndrom kann bei verschiedenen Krankheiten vorkommen, eine Psychose kann mehrfach kompliziert sein; ist z. B. eine Simulation gefunden, so ist erst recht zu suchen, ob nicht dahinter noch eine Geisteskrankheit stecke.

Fragestellung und Beantwortung. Reicht das erhaltene und das selbst gefundene Material nicht zu einer sicheren Entscheidung, so scheue man vor einem non liquet nicht zurück. Wenn immer möglich wird man natürlich eine Diagnose der speziellen Form einer Krankheit zu machen versuchen, dieselbe aber wenigstens in den Fällen, wo die Möglichkeit einer Weiterziehung besteht, so ausdrücken, daß ein anderer Begutachter, der eine andere Einteilung der Psychosen benutzt, mit einem andern Namen nicht eine andere Krankheit zu diagnostizieren scheint (z. B.: „wir bezeichnen den gefundenen Symptomenkomplex hier mit dem Namen der Frühverblödung, Dementia praecox"). Kann man keine Spezialdiagnose machen, so ist der psychologische Zusammenhang zwischen Verbrechen oder Handlungsfähigkeit und den gefundenen Resultaten genau zu schildern. Aber auch in den Fällen, wo eine sichere und dem Richter bekannte Diagnose zu machen ist, wird man, auch wenn für den Arzt Selbstverständliches gesagt werden muß, nicht darauf verzichten, den Mangel an Urteilsfähigkeit, die Bewußtseinsstörung, die Aufhebung der freien Willensbestimmung usw. aus dem Befunde wenigstens kurz abzuleiten[1]). (Die Gedächtnisstörung des Altersblödsinnigen macht ihn zu dem und dem Geschäft unfähig; die Unbeherrschbarkeit der Affekte, die Beschränkung der Assoziationen, hat den und den Einfluß auf Überlegung, Handeln usw.) Einfach zu erklären, der Explorand leidet an Schizophrenie, er ist deshalb unzurechnungsfähig oder nicht fähig, seine Angelegenheiten zu verwalten, ist ungenügend. Ganz allein bei der Ehefähigkeit reicht in der Schweiz die bloße Diagnose einer Geisteskrankheit zu dem maßgebenden Schlusse aus.

Man hüte sich aber überall, zu viel beweisen zu wollen, d. h. nicht nur mehr als die tatsächlichen Grundlagen erlauben, sondern auch mehr als nötig. Man soll auch nur bei Vorhandensein triftiger Gründe selber noch Fragen aufstellen, um sie zu beantworten. Allerdings kann es Pflicht sein, es zu tun, oder man weiß, daß es ein neues Gutachten ersparen wird. Dann behandelt man solche Dinge als Zusatz, so daß der Leser sie ignorieren könnte, ohne dem Gutachten im übrigen zu schaden und die Zusammenhänge zu unterbrechen. Solche Fragen werden z. B. betreffen die dauernde Gemeingefährlichkeit oder die Notwendigkeit der Anstaltspflege resp. das Genügen einer Vormundschaft; man kann in den Fall kommen, darauf aufmerksam zu machen, daß für moralisch defekte junge Leute die Mutter der ungeeignetste Vormund ist u. dgl.

Es kann auch vorkommen, daß uns Fragen falsch gestellt werden. Da

[1]) Nicht gerade nötig und bisweilen nicht möglich ist es, in strafrechtlichen Fällen das Verbrechen aus der krankhaften Psyche direkt abzuleiten. Kann man es aber tun, so trägt es zur Klarheit des Gutachtens viel bei.

bleibt nichts anderes übrig, als sich privatim, wo möglich mündlich, mit dem Beamten ins Einvernehmen zu setzen, oder in bescheidener Form unter Begründung die Frage richtig zu stellen. Wenn möglich wird man versuchen, die Frage des Richters dennoch zu beantworten und die eigene bloß daneben zu stellen.

Immer suche man vom Standpunkt des Gesetzes, resp. des Richters auszugehen; das Hineinbringen anderer Anschauungen, strittiger Theorien u. dgl. ist meistens ein Fehler. Doch kann man, wenn man Sachkenntnis und Autorität genug besitzt, solche Gelegenheiten benutzen, den Richter auf das aufmerksam zu machen, was sein sollte. Einzelne Justizbeamte sind dankbar dafür. Man sei aber dabei in Form und Inhalt vorsichtig.

Form. Leserliche Schrift, Paginierung, Rand auf beiden Seiten sollten sich von selbst verstehen.

Ein Gutachten ist eine Arbeit für sich und soll alles Wesentliche enthalten, ohne daß der Leser zuerst die Akten auswendig zu lernen hat; immerhin darf man auf bestimmte Aktenstücke verweisen, wenn sie zu umfangreich zum Abschreiben wären.

In der Einleitung ist ausnahmslos der Auftrag mit der Fragestellung wörtlich wiederzugeben, und dabei ist bei größeren Gerichten die Angabe der Aktennummer und anderer wegleitender Details nicht zu vergessen.

Man wird ferner das Delikt („Tatbestand") oder was sonst zur Begutachtung den Anlaß gegeben, irgendwo in den Anfang hineinsetzen, soweit es für das Verständnis des Falles notwendig ist. Der Leser muß von Anfang an wissen, um was es sich handelt. Die gestellten Fragen geben gar nicht immer darüber Auskunft. Man wird also hineinsetzen: „Des Betruges angeklagt" oder etwas gleichwertiges.

Hierauf folgt die Aufzählung des Materials, je nach seiner Bedeutung ganz genau: einmalige, mehrmalige Einvernahme des Zeugen N. mit Ort- und Zeitangabe usw., oder mit bloßen Hinweisen: die Akten in der vorliegenden Sache, Briefe des Exploranden aus der Zeit von . . . bis . . . usw. Jedenfalls ist anzugeben, unter was für Umständen und zu welcher Zeit man den Exploranden untersucht, eventuell wie lange man ihn beobachtet habe.

Nun kommt die Darstellung des Materials selbst, je nach dem Fall in verschiedener Anordnung: bei Verbrechern wird es oft am bequemsten sein, die Vorgeschichte des Exploranden zuerst zu bringen, an die sich von selbst der Tatbestand anschließt; dann kämen die Zeugen und anderes Beweismaterial, hierauf die eigene Beobachtung. Ist die Bedeutung der erhaltenen Berichte und anderer Beweisstücke nicht selbstverständlich, so sind sie irgendwo in ihrer Zuverlässigkeit und Tragweite zu kritisieren, eventuell mit Hilfe des Richters. In den einfachsten Fällen kann es genügen, schon bei der Anführung des Materials ein Zeugnis als unzuverlässig oder unbrauchbar hinzustellen; eine längere Diskussion gehört in die Darstellung der Beweismittel oder sogar ins Gutachten im engeren Sinne.

Das Material ist aber nicht nur zu kritisieren, sondern zu sichten. Es ist bequem, aber eine Langweilerei, die oft die ganze Lesbarkeit des Gutachtens in Frage stellt, wenn man ohne zwingenden Grund alle Berichte so weitläufig hinschreibt, wie man sie bekommen hat. Es ist das Notwendige auszulesen und allein wiederzugeben, aber mit ängstlicher Vermeidung einer Färbung nach persönlicher Ansicht. Die letztere hat erst im Gutachtenteil ihren Platz. Was gegen den Schluß spricht, den der Begut-

achter ziehen will, ist ebensowohl anzuführen, wie das, was ihm paßt. Meist ist es auch ein Fehler, der das Gutachten unbrauchbar machen kann, wenn man bloß die aus dem Material gezogenen Schlüsse bringt: „nach dem Zeugen N. hatte der Explorand ein schlechtes Gedächtnis"; statt dessen sind konkrete Beispiele der Gedächtnisstörung anzuführen.

Manches wird man auch aus positiven Gründen unterdrücken, wenn dadurch der Wert des Gutachtens nicht in Frage gestellt wird. Man soll weder die Zeugen in Verlegenheit bringen, noch die Familie des Explorānden mehr kompromittieren, als unbedingt nötig ist. Namentlich die Anführung der Erblichkeit ist zu unterlassen, wenn keine Dringlichkeit dazu vorliegt. Was nützt es, in einem Bevormundungsfall zu sagen, „der Vater war ein Säufer, der Bruder ist an Hirnsyphilis gestorben, die Schwester hatte mehrere Liebhaber"? Immer kann man allerdings auf die Anführung der Erblichkeitsverhältnisse nicht verzichten, denn es ist unzweifelhaft, daß dieselbe bei den herrschenden Anschauungen auf den Richter oft einen größeren Eindruck macht, als das tatsächliche Material, das in Wirklichkeit allein die Krankheit des zu explorierenden Familiengliedes beweist.

Man behalte auch im Auge, daß der Patient selbst das Gutachten zu lesen bekommen kann; was ihm schaden, ihn mit anderen Leuten verfeinden könnte, soll also nur dann hineingesetzt werden, wenn es nach reiflicher Überlegung unbedingt nötig erscheint. Es kann auch Fälle geben, wo sogar in der Gutachtentätigkeit in bezug auf Einzelheiten das ärztliche Geheimnis zu bewahren ist.

Auch im Befund wird man nicht mehr hinsetzen als nötig, also keinen neurologischen Status bei einem Schizophrenen, aber einen um so genaueren bei einem fraglichen Paralytiker. Jedoch auch hier nicht bloß behaupten, sondern die Tatsachen, wenigstens „Beispiele" aus der Untersuchung hinsetzen.

In den bisherigen Abschnitten sei alles womöglich so zusammengestellt, daß es leicht ist, im Gutachtenteil einfach darauf hinzuweisen. Dieser beginnt, wenn keine Kritik des Materials mehr nötig ist, gewöhnlich am besten mit der Aufzählung derjenigen Befundelemente, aus denen nun der Schluß zu ziehen ist. Der „Schluß" kann zunächst sein „Geisteskrankheit", resp. „Gesundheit" oder dann eine bestimmte Diagnose. Aus dieser und eventuell aus der Schwere der Symptome sind die Folgen für die Beantwortung der Fragestellung abzuleiten.

Wenn Simulation und Dissimulation in Frage kommen können, sind sie an geeigneter Stelle zu besprechen; in einfachen Fällen genügt ein magistraler Hinweis: „Ein solches Krankheitsbild konsequent durch 6 Wochen hindurch zu simulieren, ist unmöglich"; in weniger selbstverständlichen Fällen ist eine Beweisführung mit pro und contra nötig.

Am Schluß des Gutachtens sind die Fragen des Richters, genau so, wie er sie gestellt hat, (und allfällige Zusatzfragen des Experten) in aller Kürze zu beantworten. —

Die Sprache sei möglichst knapp und bestimmt. Jede Abteilung und Unterabteilung des Gutachtens habe ihr bestimmtes Ziel. Dringend zu empfehlen ist im Interesse des Gutachters und des Lesers, namentlich aber des ersteren, bei größerem Umfang Titelüberschriften der Abschnitte zu machen, und in Unterabschnitten jeweils wenigstens das Stichwort zu unterstreichen. Man wird dadurch verhindert, Dinge, die zur Intelligenz gehören, bei der

Affektivität zu berühren u. dgl. Ganz ohne Wiederholungen wird man selten auskommen können; namentlich ist im Gutachtenteil die (abgekürzte) Anführung des tatsächlichen Materials, aus dem der Schluß gezogen wird, kaum je zu umgehen. Es gibt aber Gutachter, die es fertig bringen, in der Anamnese, beim Befund, in einer Zusammenfassung des Befundes und schließlich im Gutachtenteil immer wieder das Nämliche anzubringen.

Deutlich halte man sich vor Augen, an wen das Gutachten gerichtet ist. Einem akademisch gebildeten Richter darf man schon Verständnis einiger Fachausdrücke und komplizierterer Verhältnisse zumuten, nicht aber einem Waisenamt, das aus Bauern besteht. Im ganzen aber tut man gut, alle Fachausdrücke entweder zu vermeiden, oder dann zu erklären, wenn auch letzteres in der Not oft nur scheinbar („Dementia praecox" = frühe Verblödung). Das Wort „Anamnese" wird von Anfängern sehr oft gebraucht, aber von den Lesern nicht sehr oft verstanden.

Ich habe einmal aus Akten gesehen, daß ein Richter sich Auskunft über den Sinn desselben verschaffte und die Übersetzung „Gedächtniskunst" zur Belehrung seiner Kollegen an den Rand schrieb.

Juristische Ausdrücke sind streng im Sinne des Gesetzes zu brauchen; dazu gehören bei Bevormundungsgutachten in Deutschland auch die termini „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche", die also nicht angewendet werden sollen, bis sie gegen Ende des Gutachtens „im Sinne des Gesetzes" in ihrer speziellen Anwendung auf den Fall designiert sind.

Das Gutachten kann nur durch Überzeugung wirken; autoritäre Behauptungen nützen sehr wenig. Es ist gewöhnlich auch das einzige Mittel für den Arzt, seiner Ansicht Ausdruck zu geben. Nach Abgabe des Gutachtens kann man nichts mehr ergänzen, keine der zahlreichen berechtigten oder unberechtigten Einwände entkräften, keine Mißverständnisse beheben.

Die angegebene Form der Begutachtung ist für die meisten Fälle und für den Anfänger die bequemste. Wer sich sattelfest fühlt oder ganz besondere Verhältnisse vor sich hat, wird eine beliebige andere Anordnung anwenden können; namentlich wird er oft die Beweisführung zerlegen und je eine von mehreren gestellten Fragen in Material und Gutachten selbständig erledigen.

Besonders vorsichtig sei man in der Abgabe von Privatgutachten. Das Material, das einem da geboten wird, ist gewöhnlich ein einseitiges, manchmal ein gefälschtes. Man mache in dieser Beziehung klar und deutlich seine Vorbehalte. Innerhalb der Grenzen, wo man in den Fall kommen kann, als amtlicher Begutachter zu fungieren, tut man am besten, Privatgutachten ganz abzulehnen.

Noch einmal sei gewarnt vor der immer wieder vorkommenden unvorsichtigen Fassung „N. N. ist gesund", „N. N. leidet nicht an Geisteskrankheit". Die wirkliche Art unserer Diagnostik muß in dem Wortlaut zum Ausdruck kommen: „Bei N. N. hat die Untersuchung keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Geisteskrankheit ergeben", „keine Symptome von Geisteskrankheit zutage gefördert" oder ähnliches.

5. Die einzelnen Krankheiten.

Es ist selbstverständlich, daß ausgesprochene Geisteskrankheiten im Prinzip Zurechnungs- und Handlungsfähigkeit in allen Beziehungen ausschließen. Grenzfälle sind nach den im Gesetz niedergelegten Grundsätzen zu sichten. Es liegt ferner auf der Hand, daß z. B. bei Ehefähigkeit, Ehe-

scheidung, Bevormundung nur chronische Zustände in Betracht kommen können, während umgekehrt die Zurechnungsfähigkeitsfrage direkt nur den Zustand zur Zeit der inkriminierten Tat zu berücksichtigen hat. Im Folgenden sollen nur spezielle Eigentümlichkeiten einzelner Krankheiten hervorgehoben werden; das Übrige ist bei den einzelnen forensischen Fragen behandelt oder folgt aus dem Gesagten von selbst.

Alkoholismus. Die Bedeutung des pathologischen Rausches ist selbstverständlich die nämliche wie die jeder andern Bewußtseinsstörung. Unter Umständen wird aber außerdem die Frage aufgeworfen, ob er durch Selbstverschulden entstanden sei. Sie ist meistens vom Richter zu entscheiden. wenn auch unter Umständen der Arzt ihm Material dazu liefern wird. Selbstverschulden liegt u. a. dann vor, wenn der Explorand gewußt hat, daß der Alkohol bei ihm abnorme Rauschzustände mit gefährlichen Aufregungen auslösen kann. Aber bei der Selbstverständlichkeit, mit der man eine akute Alkoholvergiftung anzusehen gewohnt ist, darf man in dieser Richtung keine zu großen Anforderungen an den Patienten stellen. Die meisten pathologischen Räusche laufen ab, ohne daß Schlimmes geschieht, und der Durchschnittsmensch wird nicht schon durch die krankhafte Reaktion, sondern erst durch ein geschehenes Unglück oder höchstens durch einen Dritten gewarnt. Wer aber in einem solchen Zustande schon einmal etwas angestellt hat, ist verpflichtet, sich abstinent zu halten, und hat die Folgen zu tragen, wenn er es nicht tut.

Auch gegenüber dem gewöhnlichen Rausch kann die Frage nach dem Selbstverschulden auftauchen, so bei Anwendung des österreichischen Strafgesetzes, des deutschen Militärstrafgesetzes und einiger kantonaler schweizerischer Strafgesetze. Dabei wird man aus der Anamnese, seltener aus Experimenten die individuelle Reaktion des Exploranden auf Alkohol prüfen, man wird nachforschen, ob affektive Einflüsse die Alkoholwirkung verstärkt haben, wird die Menge und Qualität der genossenen Getränke und ihre zeitlichen Folgen möglichst genau festzustellen suchen, eruieren, ob man ihm vielleicht Schnaps ins Bier gegossen habe u. dergl. Die besondere Stellung, die der Rausch an sich einnimmt, ist S. 454 gezeichnet worden.

Ähnlich ist es mit dem chronischen Alkoholismus. Nur ist da die Grenze zwischen gesund und krank eine viel breitere und flüssigere als bei der akuten Vergiftung. Wie weit man im speziellen Falle die geistige Gesundheit im forensischen Sinne umschreibt, ist durchaus willkürlich und deshalb verschieden. Man tut gut, sich ein wenig um den lokalen Usus bei der Rechtsprechung zu kümmern (vgl. S. 459, 473, 477, 479, 494).

Eine besonders wichtige Frage ist die der Internierung des Alkoholikers. Der Kranke kommt gewöhnlich erst dann in die Irrenanstalt, wenn der Zustand akut oder chronisch draußen ganz unhaltbar geworden ist. Unter erzwungener Abstinenz bessert der Trinker sich äußerlich rasch. Darf man aber einen wirklichen, lange dauernden Heilungsversuch gegen den Willen des Patienten machen? Die Frage wird leider an vielen Orten verneint. Man fühlt sich verpflichtet, oder man ist durch die Anschauung der Behörden gezwungen, die für ihre eigene Gesundheit und oft auch für das Leben anderer gefährlichsten Alkoholiker wieder aus der Irrenanstalt zu entlassen, sobald sie sich äußerlich beruhigt haben. Wo das nicht der Fall ist, kann man dann und wann einen Alkoholiker zwangsmäßig heilen, wenn die Familie die Energie hat, es lange genug zu wollen. So lange die jetzigen Anschauungen Geltung

haben, muß man aber die meisten dieser Kranken — gewöhnlich mit ihren Familien — zugrunde gehen lassen. Die Bedeutung der Vormundschaft für den Alkoholiker s. S. 473 deutsches und S. 477 schweizerisches Recht. Leider muß man die Alkoholiker auch heiraten und sich vermehren lassen. Immerhin gibt in der Schweiz das Gesetz Anhaltspunkte, wenigstens den schwersten Fällen, die als Geisteskrankheit im gewöhnlichen Sinne zu bezeichnen sind (etwa beginnende alkoholische Hirnatrophie u. dgl.) die Eingehung einer Ehe zu verbieten.

Der Dipsomane ist natürlich während ausgesprochener Anfälle geisteskrank; in der Zwischenzeit wird nur selten Zurechnungs- und Handlungsunfähigkeit bestehen, so etwa bei verblödeten Epileptikern und Schizophrenen.

Die Verbrechen, die bei Alkoholikern in Betracht kommen, sind meist Gewalttaten und sexuelle Vergehen, auch z. B. gegenüber den eigenen Kindern. Der Eifersuchtswahn führt nicht selten zu Mord der Frau

Morphinisten gefährden natürlich häufig ihr Vermögen und überhaupt ihre Angelegenheiten. Zu einer Entmündigung bedarf es aber des ausdrücklichen Nachweises dieser Gefahr; der Morphinismus an sich ist kein genügender Grund, besonders in Deutschland. Da viele Morphinisten sich nur gezwungen einer Entziehungskur unterwerfen, kann in der Schweiz die Entmündigung der Heilung wegen eingeleitet werden, sobald die Krankheit schwer genug ist, um den Eingriff zu begründen (Art. 369 in Verbindung mit 406). In Deutschland kann das nur unter ganz besonderen Umständen geschehen, in Österreich offenbar gar nicht; Trunksuchtsparagraphen dürfen natürlich auf den Morphinismus nicht angewendet werden.

Ein Morphinist, der unter dem Zwang der Abstinenzerscheinungen einen Diebstahl begeht oder Rezepte fälscht, um sich Morphium zu verschaffen, ist wohl immer unzurechnungsfähig. Außerdem gibt es bei der Krankheit Dämmerzustände und Delirien und eine schwere chronische Degeneration, die je nach dem Grade die Zurechnungsfähigkeit und Handlungsfähigkeit beeinträchtigen oder ausschließen.

Von den **organischen Geisteskrankheiten** bieten die Paralyse und die Presbyophrenie im modernen Fischerschen Sinne am wenigsten Schwierigkeiten. Wenn eine dieser Krankheiten einmal nachgewiesen ist, wird man höchst selten dazu kommen, Handlungsfähigkeit oder gar Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Hat der Kranke durch ein Verbrechen gezeigt, daß er gefährlich wird, so ist er ja ohnehin in der Irrenanstalt zu internieren. In weitgehenden Remissionen werden Paralytiker von einzelnen Psychiatern als „gesund" und handlungsfähig betrachtet. Es ist aber höchst gefährlich, diesen Leuten ihre Angelegenheiten wieder in die Hand zu geben. — Häufiger bieten die senilen Formen Schwierigkeiten, die einfache Dementia senilis hauptsächlich deshalb, weil sie ganz unmerklich beginnt und nur langsam im Laufe von Jahren zur eigentlichen Verblödung fortschreitet, und besonders, weil es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der normalen senilen Rückbildung und der krankhaften gibt; das arteriosklerotische Irresein ist deshalb nicht immer leicht zu beurteilen, weil es in seiner Intensität die größten Schwankungen zeigen kann. Die Zurechnungsfähigkeit allerdings wird man einem als deutlich arteriosklerotisch geisteskrank Erkannten kaum je zusprechen, eher jedoch die Handlungsfähigkeit; dabei wird man zu prüfen haben, ob der Durchschnittszustand so ist, daß die allgemeine Handlungsfähigkeit vorhanden ist oder nicht. Ist sie nicht anzunehmen, so wäre für gewöhnlich für die in Frage

stehende Willensäußerung die Handlungsfähigkeit oder das lucide Intervall zur kritischen Zeit besonders zu beweisen[1]); ist die allgemeine Handlungsfähigkeit anzunehmen, so ist für die kritische Handlung umgekehrt der ausdrückliche Beweis des Ursprungs aus krankhafter Geistestätigkeit zu leisten. Ein Arteriosklerotiker kann noch viel mehr als ein anderer Organischer unfähig sein, ein kompliziertes Geschäft zu übernehmen, aber überlegen in bezug auf ein einfacheres, ihm näherliegendes, oder er kann in gewissen Richtungen durch eine Wahnidee, die er im Aufregungsstadium gebildet und nachher nicht korrigiert hat, beeinflußt sein, im übrigen aber in richtiger Erwägung der Umstände handeln. Wichtig sind auch die Delirien mancher Arteriosklerotiker, die dem Laien den Eindruck einer besonders schweren Krankheit machen, aber gerade häufig wieder von recht besonnenen Zuständen gefolgt werden. Es kann auch vorkommen, daß ein solcher Kranker am nämlichen Tage zu einer bestimmten Zeit vollständig handlungsunfähig ist und zu einer anderen ein kompliziertes Rechtsgeschäft mit genügender Übersicht abwickelt. Wenn man noch von luciden Intervallen sprechen will, so kann es heutzutage kaum anderswo sein als beim Arteriosklerotiker.

Die Verbrechen der Organischen sind häufig sexuelle, bei Senilen Unzucht mit Kindern, dann etwa Exhibition; manische Paralytiker versuchen sich manchmal in Betrügereien oder werden wegen betrügerischem Bankerott angeklagt. Häufig sind Organische Opfer von Betrügereien, Erbschleicherei auf dem Wege des Testamentes oder der Heirat.

Deutlich organische Kranke sind natürlich nicht heiratsfähig. Nach deutschem Recht wird man aber in den leichten Fällen, wo die Handlungsfähigkeit für die spezielle Willensäußerung der Eheschließung nicht auszuschließen ist und keine Vormundschaft besteht, die Heirat nicht verbieten können, was natürlich praktisch sehr unrichtig ist.

Ausgesprochene **Schizophrenie** bietet nur ausnahmsweise forensische Schwierigkeiten außer in der Frage nach der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft nach deutschem Recht.

Da, wo man die latente Schizophrenie anerkennt, d. h. die Krankheit schon bei relativ wenig ausgesprochenen Symptomen diagnostiziert, muß man m. E. in einzelnen ganz leichten Fällen dazu kommen, weder die Handlungsfähigkeit, noch die Zurechnungsfähigkeit zu verneinen. Doch ist die Ansicht nicht unbestritten, und jedenfalls wird man dabei äußerst vorsichtig sein und alle Umstände erwägen. In der Schweiz fehlt die Heiratsfähigkeit in jedem Falle, wo die Krankheit auch nur in einem geringen Grade nachgewiesen ist.

Die Schizophrenie hat keine Vorliebe für bestimmte Arten von Verbrechen; auch solche, die Überlegung und Raffiniertheit verlangen, kommen bei ihr vor.

Bei der **Epilepsie** ist streng zu unterscheiden zwischen den Ausnahmszuständen und dem Dauerzustand. Der besterhaltene Epileptiker ist im Dämmerzustand ein schwer Geisteskranker. Auch deutlich endogene und sogar

---

[1]) In einem wichtigen Fall von Testamentsanfechtung hat sich ein schweizerisches Gericht nicht auf diesen Standpunkt gestellt: es erklärte ein Testament für gültig, das aller Wahrscheinlichkeit nach, aber nicht absolut sicher, in einem luciden Intervall gemacht worden war von einem Arteriosklerotiker, der einen großen Teil der Zeit nicht fähig gewesen war, seine Angelegenheiten zu besorgen.

reaktive Verstimmungen pflegen seine Überlegungsfähigkeit schwer zu schädigen. Eine Entmündigung bloß wegen Dämmerzuständen wird selten zu befürworten sein; wenn sich dieselben aber häufen, und der Patient darin die Neigung hat, Handlungen zu begehen, die sein Vermögen oder sein Ansehen schwer schädigen, so wird ein Eingreifen nicht zu umgehen sein. Der Habitualzustand, der vom nahezu Normalen bis zur schwersten Verblödung alle Stufen durchläuft, ist wie eine andere chronische Geisteskrankheit zu beurteilen.

Es kann vorkommen, daß ein Epileptiker ein Verbrechen im gewöhnlichen Zustande plant, aber in einem Dämmerzustand ausführt. Ich würde in einem solchen Falle trotz der billigen Einwendungen mich nicht besinnen, für Straflosigkeit zu plädieren; denn im normalen Zustande besaß er eben die Hemmungen, die ihn an der Gewalttat verhinderten; den Ausschlag hat der krankhafte Zustand gegeben.

Die Heiratsfähigkeit der Epileptiker ist in Deutschland zu verneinen, wenn sie nicht mehr geschäftsfähig sind, in der Schweiz schon, wenn die epileptische Degeneration so deutlich wird, daß sie als Geisteskrankheit zu bezeichnen ist.

Im **manisch-depressiven Irresein** führt die manische Phase auffallend selten zu eigentlichen Verbrechen. Auch die Entmündigung wird der Heilbarkeit wegen nicht gerade oft einzutreten haben. Häufiger wird in der Schweiz ein Beistand für vorübergehende Führung der Geschäfte ernannt werden müssen. Am schwierigsten ist die Behandlung der Submanischen, die nicht in die Anstalt kommen und doch ihre Angelegenheiten in sehr ungeeigneter Weise besorgen. Den Antrag auf Entmündigung gelingt es ihnen mit ihrer Gewandtheit und Ungeniertheit meistens zu parieren — zu ihrem eigenen Schaden und zum Unglück für die Familie.

Leichter ist zivilrechtlich mit den Melancholischen auszukommen Der Strafrichter hat nicht so selten mit melancholischen Eltern zu tun, die sich und ihre Kinder aus dem vermeintlichen Elend dieser Welt flüchten wollen, aber selber mit dem Leben davon kommen (Familienmord, komplizierter Selbstmord). Melancholiker sind auch geneigt, sich selbst zu beschuldigen. Handelt es sich dabei um eigentliche Verbrechen, so wird das Wahnhafte gewöhnlich leicht aufgedeckt; wenn aber eine Frau sich des Ehebruchs anklagt, den sie gar nicht begangen, so kann es bei ungenügender Vorsicht zu Konsequenzen kommen, die für alle Teile höchst unangenehm sind. Leichtere Melancholiker, die nicht recht arbeitsfähig sind, kommen auch etwa wegen Amtspflichtverletzung zur Untersuchung und sind dann geneigt, unrichtigerweise alle Beschuldigungen zuzugeben.

Die ruhigen Zwischenzeiten der Manisch-depressiven haben forensisch meistens als Gesundheit zu gelten; doch kann ausnahmsweise die dauernde Affektstörung, namentlich die Labilität, so stark werden, daß weder Zurechnungs- noch Handlungsfähigkeit mehr besteht. Bei zirkulären Fällen, wo Manie und Melancholie einander direkt folgen, dann bei gewöhnlichen Manisch-depressiven, wo die freien Intervalle sehr kurz sind, wird eine Entmündigung nicht zu umgehen und leicht zu begründen sein. Allerdings erlebt man dann das Unangenehme, daß die Patienten regelmäßig den Antrag auf Aufhebung der Vormundschaft stellen, wenn ein manischer Anfall im Anzug oder schon aufgetreten, wenn sie also besonders nötig ist.

Hysterische sind ähnlich wie Epileptische zu behandeln. Hier besonders mag es vorkommen, daß im Habitualzustande geplante Verbrechen im Däm-

merzustand zur Ausführung kommen. Die Dämmerzustände sind meistens Krankheiten mit allen ihren Konsequenzen. In den Zwischenzeiten hat die Handlungsfähigkeit gewöhnlich als normal zu gelten. Doch können Affektausbrüche die Überlegungskraft zu einer ganz krankhaften im Sinne des Straf- wie des Zivilgesetzes machen. Auch kann ausnahmsweise die Launenhaftigkeit dauernd so groß sein, daß Entmündigung notwendig wird (in Deutschland meist nur wegen „Geistesschwäche"). Besonders vorsichtig sei man gegenüber Zeugenaussagen und sexuellen Anklagen von Hysterischen.

Paranoikern kann man selbstverständlich Verbrechen nicht anrechnen. In manchen englisch sprechenden Ländern verlangt man indessen zur Exkulpation den direkten Nachweis des Zusammenhanges der Tat mit den Wahnideen, eine Forderung, die natürlich viel zu weit geht, ganz abgesehen davon. daß wir auch bei dem Diebstahl eines Paranoikers nie wissen können, ob er die Handlung auch ohne seine Krankheit begangen hätte. Geisteskranke können ja nach unserem Gesetz nicht bestraft werden, und wenn sie neben der Krankheit (nicht bloß wenn sie durch die Geisteskrankheit) noch gefährlich sind, muß man sie eben einsperren.

Um vor Querulanten wenigstens so viel Ruhe zu bekommen als möglich, ist Entmündigung anzustreben, sobald die Voraussetzungen gegeben sind. (In Deutschland genügt gewöhnlich die Entmündigung wegen Geistesschwäche, in der Schweiz ein Beirat; in Österreich muß man die Kranken meist ganz gewähren lassen.)

Unter den sonstigen Paranoikern gibt es welche, die fähig sind, ihre Angelegenheiten so gut zu besorgen, als es unter den Umständen möglich ist. Diese sind natürlich nicht zu entmündigen. Es ist aber ein trauriges Rechtskuriosum, wenn ein Paranoiker, der Wahnideen gegen seine Frau hat, im übrigen aber geschäftsfähig ist, der Vermögensverwalter seiner Frau bleibt. und sie dann hungern läßt und sonst mißhandelt.

Paranoiker und Paranoide induzieren nicht so selten ihre Umgebung. Diese nimmt dann oft an ihren Beleidigungen teil. Selbstverständlich glauben die Induzierten dabei im Rechte zu sein und sind also in dieser Beziehung nicht strafbar.

Oligophrene begehen verschiedene Verbrechen, meistens solche, die wenig Überlegung verlangen und einer momentanen Affekterregung entsprechen: Körperverletzungen bis Mord, Brandstiftung, sexuelle Attentate, namentlich auch Exhibition, dann Diebstähle.

Hier besonders sind in strafrechtlichen, wie in zivilrechtlichen Fällen alle innern und äußern Umstände zu erwägen. Es gibt Imbezille, denen eine Strafe gut tut, und die sich daraufhin zusammennehmen können; viele andere aber werden dadurch gereizt und erst recht gefährlich. Läßt man solche Motive mitsprechen, so ist das deutlich im Gutachten zu sagen und nicht unter anderen Erwägungen, die der Fragestellung besser entsprechen, zu verdecken.

Der Debile, der keine schwierigen Angelegenheiten zu verwalten hat, ist natürlich nicht zu entmündigen. Er stellt sich da viel besser als derjenige, der in kompliziertere Umstände hineingeboren wurde und nun trotz vielleicht bedeutend besserer Intelligenz diesen nicht gewachsen ist, und deshalb entmündigt und seiner bürgerlichen Rechte beraubt werden muß. Der erstere bleibt ein Bürger und Wähler, der letztere nicht, obgleich er vielleicht vermöge seiner Bildung und seines geringeren Intelligenzdefektes eher imstande wäre, an den öffentlichen Angelegenheiten teilzunehmen.

Bei manchen Oligophrenen kommen Aufregungszustände exogenen und endogenen Ursprungs vor, die natürlich die Bedeutung von Psychosen haben, auch wenn der Habitualzustand noch nicht hochgradig krankhaft ist.

Für alle die **Psychopathien**, die **psychogenen Erkrankungen** und die **originären Krankheitszustände** lassen sich keine Regeln aufstellen. Es bleibt da nichts übrig, als genau alle Umstände zu erwägen. Meistens handelt es sich um quantitative Abschätzung des Verhältnisses von Defekt zu Veranlassung, also um etwas, das eigentlich nur nach subjektivem Ermessen entschieden werden kann.

Die Bedeutung der moralischen Idiotie und moralischen Imbezillität für das Strafrecht siehe S. 456 und 458.

Sachregister.

Druck von Oscar Brandstetter in Leipzig.

